Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 04. - Paris: Masson, 1858.
Cote : 90152, 1858, n° 04

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1858x04

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

©BIUM

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

©BIUM

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE,

AUX NÉVROSES,

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS;

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER
médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie impériale de médecine.

CERISE

ET

MOREAU (DE TOURS)
médecin de l'hospice de Bicêtre.



TOME QUATRIÈME.

PARIS

LIBRAIRIE VICTOR MASSON,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1858.

©BIUM

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.



RECHERCHES SUR LA PHYSIOLOGIE DE LA PENSÉE,

PAR

M. LÉLUT (1).

DEUXIÈME MÉMOIRE.

J'ai lu, il y a environ un an, à l'Académie, sous forme de mémoire, les premiers chapitres d'un ouvrage depuis longtemps commencé, sur les conditions organiques de l'exercice de la pensée, ce qu'on appelle vulgairement, depuis Cabanis, les *rapports du physique et du moral*, ce que j'ai appelé, d'un titre qui a été critiqué, *la physiologie de la pensée* (2). Je disais alors à l'Académie que, si elle voulait bien le souffrir, et lorsqu'elle

(1) Ce mémoire a été lu à l'Académie des sciences morales et politiques, dans ses séances des 12 et 25 juillet et 1er août 1857.

(2) *Recherches sur la physiologie de la pensée.*— Séances et travaux de l'Académie des sciences morales et politiques, 3e série, t. XIII (XXXIIIe de la collection), p. 373 et suiv. — *Annales médico-psychologiques*, t. I, 1855, p. 561.

©BIUM

n'aurait rien de mieux à entendre, je prendrais la liberté de lui soumettre quelques autres extraits de ces études. C'est ce que je viens faire aujourd'hui. Les chapitres que j'ai à lui lire font immédiatement suite à ceux qu'elle a entendus. Je n'en crois pas moins nécessaire de rappeler en peu de mots le contenu de mon premier mémoire.

Ce mémoire, qui était une introduction, était relatif à la nature, aux conditions et aux difficultés du sujet. Après avoir brièvement rappelé la place de l'homme dans la création, après avoir surtout parlé de ses deux natures, dont l'une constitue sa vie, l'autre sa pensée, je rappelais plus explicitement que cette pensée a, comme la vie, des conditions matérielles, des organes ; mais que ces organes, qui sont plus particulièrement le cerveau et les nerfs, sont ou renferment aussi les organes essentiels de la vie ou de l'existence corporelle ; premier point de vue de la recherche de ces organes, et première difficulté de leur détermination.

Passant à une deuxième condition et à une deuxième difficulté du sujet, je traitais de la différence et de la distinction des deux natures de l'homme, quant à la manière dont sont étudiés et établis, dans chacune d'elles, les rapports de l'organe à la fonction. Je montrais que la notion des fonctions vitales ou corporelles étant le mouvement, qu'apprécient et calculent les sens et la vue en particulier, celle des fonctions intellectuelles est le sentiment ou le fait de conscience, qui ne relève que de lui-même ; d'où cette conclusion que, dans ces dernières fonctions, la détermination du rapport de l'organe à la faculté ne saurait être le résultat que d'une observation tout empirique, et par conséquent infiniment moins facile et moins sûre.

Une troisième et dernière condition, une troisième et dernière difficulté de la détermination des conditions organiques de l'exercice de la pensée, résulte de la nature même de la pensée. Cette pensée qui, suivant Descartes, comprend aussi bien ce qu'il y a de plus inférieur dans la sensibilité que ce

©BIUM

qu'il y a de plus élevé dans l'entendement, est essentiellement indéterminée dans les faits qui la constituent et dans les facultés dans lesquelles on la divise. C'est là ce que je démontrais soit par les divergences et les contradictions de tous les systèmes de psychologie, soit surtout par l'étude même de ces faits et de ces facultés. Toutefois, disais-je en terminant, il s'agit, il est nécessaire, de se faire de ces facultés, sinon un système, au moins un programme, le plus complet, le moins inexact et surtout le plus approprié à la détermination de leurs conditions corporelles.

C'est à ce point que j'en étais resté, et c'est à ce point que je vais reprendre.

Ma lecture se composera donc, en premier lieu, du programme des facultés dans lesquelles on peut et doit décomposer la pensée, du point de vue surtout de la recherche des conditions organiques de son exercice.

Elle aura pour second objet le premier point de cette recherche, ce qui m'a paru devoir en être le commencement : la discussion du sentiment du moi et de l'existence et de ses conditions organiques, en d'autres termes la détermination des rapports psychologiques et physiologiques de la vie à la pensée.

Avant de commencer cette lecture, que l'Académie me permette de lui répéter ce que je lui disais dans la première. Personne ne sent plus que moi tout ce qu'un tel sujet offre d'obscurités, d'obstacles et trop souvent d'impossibilités; l'intérêt qui s'y attache sans doute, mais aussi les difficultés du résultat. Ce que je sens bien mieux encore, c'est mon insuffisance en présence de ces difficultés.

CHAPITRE III.

Programme des facultés de la pensée, au point de vue de la recherche de leurs conditions organiques.

Lorsqu'on recherche et détermine les facultés de l'âme ou de la pensée en elles-mêmes et en quelque sorte pour elles-

©BIUM

mêmes, sans s'occuper du corps auquel cette âme est unie et des conditions de leur union, on peut, jusqu'à un certain point, se permettre d'être inexact ou au moins incomplet. On peut, en d'autres termes, dans cette recherche et pour cette détermination, ne prendre de la pensée que ses facultés en quelque sorte supérieures, ce qu'on appelle d'une manière générale l'entendement et la volonté, ne retenant de la sensibilité elle-même que ce qui est relatif aux cinq sens, et négligeant d'une façon absolue soit tout ce qui est du ressort de la sensibilité interne, soit même tout ce qui se rapporte, d'une part aux affections, aux passions, d'autre part aux aptitudes intellectuelles, principes des diverses sortes de talents. C'est même ainsi, il faut le dire, qu'a procédé, la plupart du temps, la science psychologique, et nous n'avons pas à nous demander ici si elle a eu tort ou raison.

Mais cet exemple, on le comprend bien, n'en saurait être un pour nous ; sans quoi, c'est-à-dire si nous devions le suivre, nous devrions aussi à l'instant même cesser ces recherches. Pour déterminer ce qu'on peut savoir des rapports à établir entre les actes de la pensée et les conditions qui lui sont imposées par le corps auquel elle est unie, non-seulement il faut déterminer tous les actes, quels qu'ils soient, de cette pensée, mais ce sont, pour ainsi dire, ses actes les plus inférieurs qu'il faut déterminer particulièrement ou au moins en premier lieu. D'abord il est de toute évidence que ce sont ces actes, ces faits tout sensitifs ou tout impulsifs de la pensée qui sont le plus étroitement liés à ses conditions organiques. Ensuite, et à cet égard nous ne disons rien de plus maintenant, il ne serait pas impossible que ces actes inférieurs ou tout sensitifs de la pensée fussent seuls liés directement aux faits ou conditions du corps, les actes supérieurs n'en étant point indépendants sans doute, mais ne s'y liant que par l'intermédiaire des faits purement sensitifs. Cette double considération nous indique d'une manière à la fois suffisante et évidente la marche à suivre dans ces re-

©BIUM

cherches, la base sur laquelle doit être établie la détermination des faits et des pouvoirs de la pensée, considérés dans leurs rapports avec leurs conditions organiques probables. Cette détermination et la classification qui en découle, devront évidemment reposer sur le plus ou moins de connexion et de solidarité de ces faits ou pouvoirs sensitifs et intellectuels avec les conditions, les actes corporels ou de la vie.

Il ne faut pas croire, du reste, et malgré ce que j'ai dit tout à l'heure, que la philosophie, dans ses doctrines et ses classifications, n'ait pas souvent fait une grande part à ce côté inférieur des actes de la pensée, qui doit être notre point de départ et qu'il nous arrivera quelquefois de ne pouvoir dépasser. La philosophie, au contraire, et par l'organe de ses plus illustres représentants, a plus d'une fois, dans ses systèmes, accordé à cette partie inférieure et en quelque sorte corporelle, c'est l'expression dont elle s'est servie, de la sensibilité, la place à laquelle elle a droit. La division générale de la pensée dans Platon, ce sont la raison et les sens : la raison ou l'âme immortelle et les idées, pures et immortelles comme l'âme ; les sens ou le sensible, toujours uni au corporel, source de ces imparfaites connaissances que l'âme doit à l'intermédiaire trompeur des organes. Que si de la psychologie de Platon, on passe à sa physique ou physiologie, et si l'on se rappelle tout ce qu'elle contient de si remarquablement exact sur l'union des parties inférieures de l'âme, ses parties nutritive et irascible, avec le tronc et ses centres nerveux, on verra combien dans l'esprit de ce grand philosophe était arrêtée cette division des facultés ou des faits de la pensée en deux classes, dont l'inférieure répond aux faits et aux facultés les plus étroitement liés aux organes. Aristote, malgré la différence de son point de vue, point de vue, on le sait, tout vital et tout sensitif, n'a rien soutenu de plus formel ; la liaison qu'il établit des âmes inférieures, nutritive, motile, intellectuelle, passive, et enfin sensitive, soit avec les organes nutritifs, soit avec le cœur, n'exprime rien de plus et rien de plus fort

©BIUM

que ce qu'on trouve dans Platon sur la liaison du sensible au corporel (1).

Franchissons, pour ne pas faire d'histoire, ce n'en est pas ici le lieu, tout l'intervalle qui sépare Platon de Descartes ; passons du grand philosophe ancien au grand philosophe moderne ; nous retrouverons chez ce dernier, plus même que chez aucun autre philosophe, cette distinction des facultés de la pensée en celles de la pensée propre et presque indépendante des organes, et celles qui, au contraire, réclament immédiatement le concours du corps. Descartes admet deux ordres de sens : les sens externes d'abord, bien entendu ; puis les sens internes, *sensus interni*, sur lesquels il entre dans les détails les plus explicites et les plus formels. Il y a, suivant lui, deux espèces de sens internes ; une première espèce, qui comprend la faim, la soif et autres appétits naturels, dont chacun a ses nerfs particuliers ; une deuxième espèce, que constituent les passions, lesquelles ont aussi leurs nerfs propres, qui vont du cœur au cerveau (2). On pourrait, si on le voulait, voir dans ces idées de Descartes, le point de départ de celles de Bichat et de Cabanis, sur la part que prend aux actes de la sensibilité, et par conséquent de la pensée, dans les besoins, les instincts, les passions, le système nerveux des viscères. Je ne fais que signaler ce rapprochement ; mais toujours montrera-t-il que dans les doctrines les plus opposées, chez Platon comme chez Aristote, chez Descartes comme chez Cabanis, la sensibilité la plus inférieure, la plus intime-

(1) Voyez mon mémoire ayant pour titre : *Du siége de l'âme suivant les anciens, ou Exposé historique des rapports établis par la philosophie ancienne entre l'organisation de l'homme et les actes de la pensée ;* mémoire lu à l'Académie des sciences morales et politiques, dans ses séances du 27 août et du 3 septembre 1842, et inséré dans le compte rendu de ses travaux. Il a aussi été publié dans les *Annales médico-psychologiques*, t. I, 1843.

(2) *Principes de la philosophie*, IVe partie, § 108. — *De homine*, pars quarta. — *De mente humanâ*, cap. VIII.

©BIUM

ment liée aux organes, est venue, comme d'elle-même, prendre sa place naturelle, et qu'elle doit à plus forte raison ouvrir le programme psychologique de recherches où la physiologie a à jouer le principal rôle.

Je viens de prononcer le mot de programme, et, en effet, c'est à peine si j'oserais donner un autre nom à l'exposé que je vais faire des groupes des pouvoirs de la pensée, en vue desquels me semble devoir être tentée la recherche des conditions organiques de son exercice. Cet exposé, je le donnerai bien moins encore comme mon œuvre ; le germe en existe partout ; on le trouverait notamment, et même beaucoup plus que cela, dans l'école écossaise et surtout dans son illustre chef. Reid a étendu aussi loin que possible l'étude de l'homme et de son intelligence. Il les a envisagés l'un et l'autre, si on pouvait le dire, par le dedans et par le dehors, *intus et extra*. Il n'a même regardé ni comme inutile au succès de cette étude, ni comme injurieux pour notre espèce, de comparer souvent l'homme aux animaux. Aussi a-t-il admis chez lui des instincts animaux et même des instincts mécaniques d'action. On ne pouvait descendre plus bas, et il n'y avait pas de facultés dans lesquelles le corps et ses organes pussent apporter un plus gros appoint.

Ainsi appuyé sur Platon et Descartes, Aristote et Reid, fort de leurs communes idées sur les relations des facultés de l'âme et surtout de ses facultés inférieures avec les organes, on pourrait, ce me semble, attribuer un degré très approché et très suffisant de vérité à l'espèce de classification suivante, dont je parcourrai tout à l'heure les différents groupes.

D'une part, une sensibilité interne, des sens internes, qui commencent aussi bas ou plutôt aussi profondément que possible, et qui du sentiment général du moi et de l'existence, remontent, par les appétits, les besoins, les instincts, jusqu'aux affections, aux désirs et aux passions.

D'autre part, et en quelque sorte par une série parallèle, une sensibilité externe, qui ne peut partir de plus loin que les

©BIUM

sens externes, et qui s'unit et remonte, par l'imagination et la mémoire, aux aptitudes intellectuelles, aux talents, enfin et surtout, sans toutefois se confondre avec elles, aux facultés les plus élevées de l'entendement proprement dit.

En haut enfin, et au-dessus de ce double ensemble, de ce double faisceau de facultés, les unissant encore davantage entre elles, les conciliant, quelquefois les opposant l'une à l'autre, trop souvent aussi contrariée par elles, la volonté ou le moi.

Avant de parcourir, du point de vue de ces recherches, ces divers groupes des facultés de l'intelligence, je tiens à dire, ou plutôt à répéter, que de ce point de vue précisément ces groupes ne sauraient avoir à nos yeux une égale importance. Il est tel d'entre eux, et cela se voit à l'avance, à propos duquel on pourra bien n'avoir que peu de chose à dire des conditions corporelles de la pensée. Mais la discussion même de ce fait aura son utilité, ou plutôt sa nécessité. Détruire une erreur ou dissiper des préventions ou des prétentions, c'est encore rendre service à la vérité. Sans compter qu'il y a telle des erreurs dont je parle qui, indépendamment du nom sous lequel elle s'abrite, est, par son histoire, un chapitre intéressant de l'histoire de l'esprit humain. Enfin, comme dans cet esprit, dans ses facultés, dans ses instruments, tout se tient, ainsi que cela a été longuement rappelé dans le premier chapitre de cet ouvrage, il ne serait pas possible, même du point de vue exclusivement physiologique, de séparer peu ou beaucoup une de ces facultés, un de ces groupes de facultés des autres, et à plus forte raison de le passer sous silence. Sous ce rapport encore, il était nécessaire, non-seulement dans cet exposé, mais dans les recherches qui vont le suivre, de les rappeler, de les parcourir, et de les discuter tous.

PREMIER GROUPE DES FAITS ET DES POUVOIRS DE LA PENSÉE : *Les besoins et les appétits.* — Du point de vue ici fondamental d'une relation plus ou moins étroite avec les fonctions

©BIUM

corporelles, le premier ordre évidemment de faits et de pouvoirs psychologiques à déterminer ou plutôt à indiquer, ce sont ceux qu'on a désignés sous les noms de sens internes, de besoins, d'appétits, d'instincts viscéraux, et parmi lesquels viennent invariablement occuper la première place, les besoins de la respiration, de la faim, de la soif, l'appétit du sexe, le besoin de mouvement, etc.

C'est ce premier ordre de sens que représentait l'âme végétative, nutritive, irraisonnable, de Platon, d'Aristote et de toute la philosophie ancienne, soit païenne, soit chrétienne. C'est, nous l'avons vu, ce que Descartes appelait du nom de sens internes; ce que Cabanis désignait d'une part, sous le nom de sens internes de l'alimentation, de la propagation, de l'amour maternel, d'autre part, sous celui d'instincts viscéraux de conservation, de nutrition, de mouvement. Ce sont les principes mécaniques et les principes animaux d'action de Hutcheson et surtout de Reid; c'est-à-dire, d'après ce dernier surtout, les mouvements instinctifs relatifs à la respiration, à l'alimentation, à l'équilibre, les besoins de la faim, de la soif, l'appétit du sexe, etc.

Il est assurément impossible de ne pas voir qu'il y a là, dans ces instincts, ces appétits, ces besoins, des faits et des pouvoirs sensitifs, de l'espèce si l'on veut la plus inférieure, un ordre bien déterminé de pouvoirs sensitifs, dont le mode le plus général et en quelque sorte l'essence est le plaisir et la douleur, dont la nature est, si l'on osait le dire, presque aussi corporelle que spirituelle, et qui, dans tous les cas, sont évidemment le lien qui unit les deux vies, la vie du corps et celle de l'esprit. Rechercher la nature, ou plutôt l'existence et les conditions de ce lien, sera un des premiers points de notre tâche. Tout ce que nous devons et pouvons dire ici d'une manière générale, c'est que chacun de ces besoins ou appétits a de commun avec les autres les deux caractères suivants : 1° une sensation particulière et *sui generis*, la sensation de la faim, de la

©BIUM

soif, du besoin de respirer, du besoin de rapprochement des sexes ; 2° l'existence ou plutôt l'appropriation d'un appareil organique, d'une certaine partie du corps à laquelle se rapporte cette sensation ou au moyen de laquelle s'exécute la fonction dont fait partie le besoin : l'estomac, la gorge pour la faim, la soif ; le poumon, la poitrine pour le besoin de la respiration ; l'appareil sexuel pour l'instinct de même nom ; le système locomoteur pour le besoin de locomotion.

DEUXIÈME GROUPE DES FAITS ET DES POUVOIRS DE LA PENSÉE : *Les affections et les passions.* — Un second groupe de pouvoirs de la pensée, et dont les connexions avec le groupe précédent des besoins et des appétits n'échappent à personne, ce sont les affections et les passions. Ce n'est pas que les passions n'aient aussi des connexions, quelquefois même très étroites, avec les autres facultés de la pensée et plus particulièrement avec les penchants et les aptitudes. C'est là, pour le redire encore, un des résultats inévitables de l'indétermination naturelle de ces facultés ; et cette indétermination, qu'on veuille bien aussi ne pas l'oublier, est une des conditions de ces études et leur plus grande difficulté. Toutefois si, parmi les groupes de pouvoirs de la pensée, il en est de mieux déterminé que celui des passions, il n'en est point qui puisse nous être mieux connu. A cet égard, malheureusement, nous sommes trop souvent pour nous-mêmes un sujet d'étude, et nous pouvons apprendre à nos dépens quelles étroites relations ces affections de notre âme ont avec notre corps et ses organes. Ces relations, en effet, et leurs tumultueux résultats, c'est là ce qui constitue les passions ; c'est là ce qui en elles met en opposition, en lutte, la partie en quelque sorte inférieure de l'âme avec son autre partie, sa partie supérieure, l'intelligence proprement dite. L'âme de la concupiscence, le démon de la *chair*, telles sont, entre autres dénominations, les dénominations significatives qui, chez les philosophes et les Pères, résument, en quelque

©BIUM

sorte, les passions et les représentent. Cette *chair*, siége, condition organique, lieu de retentissement des passions, suivant Platon, c'est la moelle épinière; suivant Gall, c'est la substance cérébrale ; suivant Bichat, ce sont les centres nerveux et les viscères de la vie organique. Descartes se rapproche beaucoup de Bichat, et son opinion, comme à l'ordinaire, est des plus affirmatives et des plus physiologiques. Il fait des passions un deuxième sens intérieur, qu'il met sur la même ligne que le premier, lequel est constitué, comme nous l'avons vu, par les appétits naturels. A ce sens intérieur des passions il donne plus particulièrement pour organe un *petit nerf*, dit-il, *qui va vers le cœur*, en compagnie de *ceux du diaphragme et des autres parties intérieures*. Je ne réponds pas de ce petit nerf, non plus que de la théorie des esprits animaux, où il joue, bien entendu, son rôle. Mais ce que prouvent ici le rôle et la théorie, ainsi que les autres opinions que je viens de mentionner, c'est que les rapports des passions avec les organes et certains organes, rapport de causalité, de dépendance ou d'influence, sont et ont toujours été chose évidente pour tous, chose admise par tous, j'ajoute la chose à déterminer pour nous. Assurément aussi, et tout cela nous chercherons également à le déterminer, parmi les passions il y en a dont le calme, celui de l'admiration, par exemple, semble, suivant une autre remarque de Descartes, supposer à peine quelque impulsion ou quelque passion corporelle, plus vive au moins que celle qu'implique l'exercice de la plus intellectuelle des facultés de l'entendement. Il y en a d'autres, et je n'ai pas besoin de nommer la colère, qui offrent un caractère opposé et dont les mouvements supposent des solidarités corporelles plus intimes et plus profondes. Sur tout cela, sur ces différences, je n'ai rien de plus à dire en ce moment. Je me borne ici à des indications en même temps qu'à des divisions générales. Je désire qu'on en pressente la vérité. La démonstration n'en pourra venir, pour les passions comme pour les autres groupes des pouvoirs de la pensée, que dans la re-

©BIUM

cherche et la détermination des relations détaillées de ces groupes avec les conditions physiologiques en vue desquelles ils ont été établis.

TROISIÈME GROUPE DES POUVOIRS DE LA PENSÉE : *Les sens externes.* — De même que des profondeurs du corps, de sa région moyenne, comme dirait Platon, parviennent et s'unissent en quelque sorte à l'entendement proprement dit, ces deux ordres de pouvoirs sensitifs, les appétits et les passions, de même de la surface du corps et presque de son extérieur, y parviennent et s'y unissent, par une voie parallèle, un autre grand ordre, un troisième ordre de pouvoirs sensitifs, les pouvoirs sensitifs par excellence, les sens externes. Certes, s'il y a au monde, dans le monde de la psychologie, un ordre déterminé de pouvoirs ou de facultés, c'est bien cet ordre-là, et la détermination à en faire, du point de vue de ces recherches, pourrait se restreindre à cette assertion. Ce groupe, comme le dit Maine de Biran (1), c'est la vue même qui le crée et le délimite, et qu'y a-t-il de plus sûr et de plus clair que la vue, pour peu qu'on ne prenne pas plaisir, en fermant les yeux, à vivre et penser dans les ténèbres? Qu'y a-t-il de plus clair que les rapports de ce groupe de pouvoirs sensitifs avec l'organisation, le corps? C'est à ce point que le mot *sens* désigne à la fois et l'esprit qui sent dans le sens, et l'appareil sans lequel il n'y a pas de sensibilité. Toutefois, comme on le pressent bien, nous ne bornerons pas, loin de là, à ces indications, la physiologie de la sensibilité externe. Elle constituera, au contraire, une partie importante de ces recherches.

QUATRIÈME GROUPE DES FAITS ET DES POUVOIRS DE LA PENSÉE : *L'imagination et la mémoire.* — Ces sens dont on voit

(1) *Nouvelles considérations sur les rapports du physique et du moral l'homme*, 1834, p. 53.

©BIUM

et touche les organes, dont on voit et touche les nerfs, dont on voit et touche le lien avec le cerveau, ces sens ont été les conditions extérieures de la sensation et de la perception. Mais après et par delà la sensation et la perception, qu'est-ce qui se produit dans l'âme et simultanément dans le cerveau? Qu'est-ce qui s'y produit spontanément, automatiquement, souvent à l'insu de l'âme, ou contre sa volonté, dans la veille, dans le sommeil, dans le délire? Qu'est-ce qui fournit aux actes les plus élevés de l'entendement et de la volonté leurs occasions, leur matière? A ces questions il ne saurait y avoir qu'une réponse. Ce qui se produit dans l'âme, à la suite et par suite des sensations, ce qui est l'aliment en quelque sorte de l'entendement et de la volonté, ce sont les actes ou les mouvements, soit intellectuels, soit cérébraux, de l'imagination et de la mémoire, du *cœnestesis*, du *sensorium commune*, des philosophes grecs et latins. Ce réservoir des espèces, espèces spirituelles, espèces matérielles, ces figures qui, au dire de Descartes se tracent dans les esprits de la glande pinéale, où les considère l'âme raisonnable (1), ces conditions organiques, en un mot, des images et des souvenirs ou des facultés qui leur sont corrélatives, tout cela se constitue, certainement, dans des recherches sur la physiologie de la pensée, un quatrième groupe, et des plus naturels, de faits et de pouvoirs psychologiques. Sous le titre de l'imagination et de la mémoire, et dans ses deux aspects de l'esprit et de la matière, ce groupe égalera en détermination ceux que nous avons déjà parcourus, et surpassera malheureusement ceux qui vont suivre.

CINQUIÈME GROUPE DES FAITS ET DES POUVOIRS DE LA PENSÉE : *Les aptitudes intellectuelles.* — Le premier groupe, en effet, qui se présente, comprendra ces *aptitudes intellectuelles*, titre général, ou plutôt source générale et multiple des

(1) *De l'homme*, p. 398 du tome IV de l'édition des œuvres de Descartes, de M. Cousin.

©BIUM

diverses sortes et des divers degrés d'aptitude, de talent, de génie, que se partagent et quelquefois se disputent les lettres, les arts, les sciences, toutes les carrières où s'exerce l'esprit humain. Ces aptitudes, sous un nom ou sous un autre, ont toujours tenu leur place dans les systèmes de psychologie. Elles en occupent une considérable dans celui de l'école écossaisse, plus considérable encore dans ceux de Gall, de Spurzheim et de quelques autres philosophes de plus en plus modernes ; et cette place, se serait en vain qu'on la leur disputerait. Elles sont au côté intellectuel de la pensée, ce que sont à son côté moral les affections et les passions, capables même, comme ces dernières, de revêtir un caractère d'ardente activité qui fasse d'elles de véritables passions. On ne peut donc leur contester ni leur existence dans l'intelligence, ni leur droit à figurer dans les classifications qui en sont faites, pas plus qu'on ne peut contester l'existence du talent et du génie, celle des hommes qui, à tous les degrés, en sont la vivante expression.

Ce que l'on peut contester aux aptitudes intellectuelles, c'est, si l'on peut ainsi dire, leur place précise dans l'intelligence et leur rang dans le système de ses facultés ; ce sont leur nature, leur principe, leurs relations avec les autres pouvoirs de la pensée. Ce qui peut soulever les difficultés et les divergences, ce sont les occasions de leur développement, quelquefois de leur amoindrissement et même de leur extinction. C'est au sujet de ces facultés qu'on peut surtout se poser les problèmes de l'innéité, de l'éducation, du hasard, des influences soit matérielles, soit morales, venues du dedans ou du dehors. C'est à propos de ces aptitudes, plus peut-être qu'à propos de toute autre partie de notre nature morale, qu'on peut se souvenir de cette pensée de Pascal, si l'habitude est, comme on le dit, une seconde nature, ou la nature une première habitude, et quelle sorte d'habitude. Toutes ces questions et beaucoup d'autres qui s'y rattachent, je ne peux faire ici que les indiquer ; elles seront discutées plus tard. Elles le seront, bien entendu, en regard de la

©BIUM

question des conditions organiques, auxquelles, de près ou de loin, peuvent se rattacher l'existence, le développement, l'exercice enfin de ces propensions intellectuelles. Il serait difficile, au reste, de ne pas voir à l'avance et du premier coup d'œil, tout ce que de telles propensions doivent présenter de rapports avec les facultés et les organes des sens, avec les facultés et les conditions organiques de l'imagination et de la mémoire, enfin, et à certains points de vue, avec les affections et les passions.

SIXIÈME GROUPE DES FAITS ET DES POUVOIRS DE LA PENSÉE : *L'entendement ou les facultés intellectuelles proprement dites.* — Au delà des sens et de leurs organes, au delà de la mémoire, de l'imagination, des aptitudes intellectuelles et de leurs organes, se présentent, j'ai à peine besoin de les nommer, l'*entendement* proprement dit et ses facultés. Ces facultés, par suite des distractions que nous en avons faites au profit des groupes qui précèdent, se réduiront, dans notre programme, à un petit nombre, que résument ou représentent le jugement, la réflexion, la raison. Pas plus que les facultés les plus inférieures, elles n'échappent aux lois de l'union de l'esprit avec le corps, de la pensée avec la vie. C'est sous ce rapport qu'on peut dire qu'elles ont pour condition générale le corps tout entier, et que l'intégrité, la santé de ce corps sont nécessaires à leur exercice : *Mens sana in corpore sano.* Ce que l'on peut dire plus particulièrement c'est qu'elles ont, ou au moins peuvent avoir, pour conditions plus prochaines de cet exercice, certains organes particuliers, que nous pouvons bien nommer à l'avance, le cerveau et ses dépendances. C'est ce dernier point surtout, qui à l'article de ces facultés, sera l'objet de notre discussion et de nos recherches. Nous devrons y établir ce qu'on peut ou ne peut pas savoir des rapports de l'entendement proprement dit avec l'organisme nerveux, rapports qu'on peut concevoir de deux manières, soit directement, c'est-à-dire de l'entendement même à l'organe, soit par l'intermédiaire des facultés inférieures de la

©BIUM

pensée, les sens, l'imagination et la mémoire. Pour montrer que de ces deux modes de rapports le premier même peut être discuté, disons tout de suite, mais en un mot, que non-seulement jadis, mais hier, des physiologistes, sinon des philosophes, ont affecté à l'entendement proprement dit, comme son instrument immédiat, soit telles ou telles parties du cerveau, soit telles ou telles de ses formes particulières, soit telle ou telle partie de ses substances. Nous n'avons pas à exprimer ici ce que nous pensons de la valeur de ces affectations, et même de leur possibilité. Nous en dirions trop ou trop peu, et il faut laisser à chaque discussion, quel qu'en doive être le résultat, sa place et ses proportions.

SEPTIÈME GROUPE DES FAITS ET DES POUVOIRS DE LA PENSÉE : *La volonté.*— Ce que nous venons de dire de l'entendement, c'est-à-dire de la nécessité de rechercher, à tout événement, les conditions organiques de son action, nous le dirons davantage encore de la volonté. L'entendement comprend plusieurs facultés, qui rentrent les unes dans les autres et qui ne sont rigoureusement les mêmes pour aucun philosophe. Il n'en est pas de même de la volonté. Il n'y a qu'une volonté, une faculté de la volonté. En vain ferait-on remarquer qu'il y a des philosophes, des philosophes surtout modernes, qui, agrandissant et exagérant le domaine de la volonté, lui attribuent de l'entendement tout ce qu'ils ont pu lui en attribuer. Qu'on agrandisse ainsi, ou qu'on restreigne dans ses vraies limites l'empire de la volonté, toujours est-il qu'on en maintient l'unité. Or c'est en regard de cette unité, condition, en tout état de cause, favorable, qu'il s'agira de déterminer ce qu'on peut ou ne peut pas savoir des rapports surtout immédiats à établir entre la volonté et l'organisme, et si même de tels rapports sont possibles. Dans tous les cas, nous pouvons le dire à l'avance, nous ne nous croirons pas, sur ce point, aussi savant que se croyait Descartes. Nous n'oserions pas, à son exemple, asseoir l'âme et sa volonté

©BIUM

sur ce petit point, si déterminé, du cerveau, qu'on nomme la *glande pinéale;* y guidant en quelque sorte le corps, au moyen de ces petites bandelettes, que les anatomistes ont appelées, pour cela et en l'honneur de Descartes, les *rènes de l'âme*. Nous ne dirons pas avec ce philosophe (et nous citons textuellement) : « Que la petite glande, qui est le principal siége de l'âme, est » tellement suspendue entre les cavités qui contiennent ces es- » prits, qu'elle peut être mue par eux en autant de diverses fa- » çons qu'il y a de diversités sensibles dans les objets, mais » qu'elle peut aussi être diversement mue par l'âme (1);... » que toute l'action de l'âme consiste en ce que, par cela seul » qu'elle veut quelque chose, elle fait que la petite glande, à » qui elle est étroitement jointe, se meut en la façon qui est re- » quise pour produire l'effet qui se rapporte à cette volonté (2);... » que, lorsque l'âme veut se souvenir de quelque chose, cette » volonté fait que la glande, se penchant successivement vers » divers côtés, pousse les esprits vers divers endroits du cer- » veau, jusqu'à ce qu'ils rencontrent celui où sont les traces » que l'objet dont on veut se souvenir y a laissées (3);... que » quand, enfin, on veut imaginer quelque chose qu'on n'a jamais » vue, cette volonté a la force de faire que la glande se meut en » la façon qui est requise pour pousser les esprits vers les pores » du cerveau par l'ouverture desquels cette chose peut être re- » présentée (4). »

Nous regrettons de ne pouvoir, avec Descartes, émettre toutes ces assertions et bien d'autres de même nature. Mais nous l'avouons, nous n'en savons pas si long sur l'âme ou la volonté et son siége, c'est-à-dire sur les conditions organiques de son exercice. Nous croyons même qu'on n'en peut pas autant savoir

(1) *Les passions de l'âme*, art. XXXIV.
(2) *Ibid.*, art. XLI.
(3) *Ibid.*, art. XLII.
(4) *Ibid.*, art. XLIII.

©BIUM

et nous aurons à donner en son lieu les raisons de cette ignorance ou de cette impossibilité. Nous pensons qu'il y aura, dans cet aveu et dans ce que nous dirons à l'appui, autant de philosophie et même de physiologie que dans ces opinions si peu raisonnées et si peu raisonnables, que se sont permises à l'envi la philosophie et la physiologie.

Voilà, nous le pensons au moins, sans trop et sans trop peu de mots, le plan que nous nous sommes tracé pour ces *recherches sur la physiologie de la pensée*, les groupes, nous le croyons, naturels dans lesquels elles se divisent. La complète légitimité de ces groupes, nous le répétons, ne pourra véritablement être établie et apparaître, que quand nous les aurons tous discutés d'un point de vue à la fois psychologique et physiologique, en eux-mêmes et dans leurs mutuelles relations; lorsque, en d'autres termes, nous serons parvenus, suivant la mesure de nos forces, et de ce double point de vue, à établir ce qu'on sait, ce qu'on ne sait pas, ce qu'on ne peut pas savoir, des rapports qu'ont avec l'organisme et ses diverses pièces, les *besoins* et les *appétits*, les *passions*, les *sens externes*, l'*imagination* et la *mémoire*, les *penchants* et les *aptitudes*, l'*entendement* enfin et la *volonté*.

Mais ceci dit, ce plan tracé, cette division opérée, qu'on ne l'oublie pas et nous ne voulons pas qu'on suppose que nous ayons pu l'oublier un instant ; cette division nécessaire pour la détermination qui est le but de ces études, cette division ne divise pas un sujet indivisible, qui est l'homme et ses facultés. Un grand homme, un grand physiologiste, Hippocrate, l'a dit, dans un de ces aphorismes, dont un grand nombre porte plus loin que la médecine : « Tout y est entente, conspiration, sympathie. Des parties et des parties de parties, sans doute; mais avant tout une même action, un même but (1). » Un autre grand homme, un grand philosophe, Descartes l'a dit de même, dans un passage plus vrai que ceux que je citais tout à l'heure, et qui

(1) Hippocr., Περὶ τροφῆς.

©BIUM

leur fait contre-poids, les rectifie et les rachète : « L'âme est véritablement jointe à tout le corps et on ne peut pas proprement dire qu'elle soit en quelqu'une de ses parties, à l'exclusion des autres, à cause qu'il est un et en quelque façon indivisible, à raison de la disposition de ses organes, qui se rapportent tellement tous l'un à l'autre, que lorsque quelqu'un d'eux est ôté, cela rend tout le corps défectueux ; et à cause qu'elle est d'une nature qui n'a aucun rapport à l'étendue, ni aux dimensions, ni aux autres propriétés de la matière dont le corps est composé, mais seulement à tout l'assemblage de ses organes (1). »

Voilà ce que, chacun de son point de vue, ont dit, sur l'intime union de notre nature et sur l'unité de notre pensée, Hippocrate et Descartes. Je ne pouvais pas, dans des recherches sur la *physiologie de la pensée*, mettre mon humble pensée particulière sous l'invocation et la garantie de deux plus grands hommes et de deux plus grands noms.

CHAPITRE IV.

Des conditions organiques du sentiment du moi ou de la personne, ou des rapports de la vie à la pensée.

Je disais, à la fin du chapitre I^er^ de cet ouvrage que le sentiment du moi, ou le fait de conscience, est non-seulement le sentiment de la volonté ou de l'effort spirituel qui en constitue la manifestation, non-seulement le sentiment personnel de nos perceptions et de nos idées, mais qu'il est encore et en même temps le sentiment en quelque sorte physiologique de l'existence, sorte de résultante de toutes les émotions confuses dues aux actions organiques, et qu'il est ces trois choses-là à la fois. Ce sentiment triple et un de l'existence à la fois spirituelle et corporelle est le fait psychologique le plus général et en quelque sorte le plus primitif dont puisse chercher à se rendre compte

(1) *Les passions de l'âme*, art. xxx.

©BIUM

la *physiologie de la pensée*. Ce doit être là, à mon avis, le point de départ de cette science pour passer aux faits, de plus en plus déterminés, qui forment le domaine de la sensibilité à la fois interne et inférieure, et qu'on peut grouper sous les noms de plus en plus déterminants de *constitutions*, de *tempéraments*, d'*instincts*, de *sens internes*, de *besoins* enfin et d'*appétits*.

Lorsque Stahl, cherchant à ramener la direction de la personne humaine à un seul principe, avançait que l'âme n'est pas seulement le principe de l'entendement, de la volonté et de la sensibilité, mais qu'elle est encore et tout autant le principe des actions organiques, en un mot la maîtresse et la directrice absolue d'un édifice qu'elle-même a construit, Stahl obéissait à une nécessité à laquelle ont tous obéi ceux qui, dans l'étude de l'homme, ont jugé utile de faire marcher de front l'étude de son corps et celle de son âme, la recherche de la vie et celle de la pensée. Il cherchait à se rendre compte de cette union, de cette solidarité de nos deux natures, qui, dans cette vie au moins, est notre nature réelle; de ces points de contact et comme de pénétration de deux substances qui semblent ne pouvoir ni se toucher ni se pénétrer, et dont l'action réciproque est pourtant incontestable.

Je ne dis pas que dans ces tentatives, dans les efforts pour parvenir à ce but, des erreurs n'aient pu se commettre, des exagérations se produire, de faux systèmes se faire jour. Nul doute même qu'il n'en ait été ainsi. Mais ce qui est moins douteux encore, c'est que le sujet s'y prête, un sujet plein de contradictions et d'ombres; l'homme qui, dans l'étude de lui-même, cherche à suivre jusque dans ses organes son esprit et jusqu'à son esprit ses organes. Et pourtant, malgré les obscurités et les oppositions de cette double recherche, combien de raisons, au moins apparentes, d'assigner à ces rapports si intimes du corps avec l'âme, de la vie avec la pensée, qui constituent la personne humaine, un lien, ou plus exactement un

©BIUM

principe, qui explique l'unité de cette personne dans ses actes et ses faits de toute sorte.

Dans cette personne, en effet, qui constitue chacun de nous, il n'y a pas moyen de ne pas sentir, et à cet égard l'ignorant et le savant se peuvent placer sur la même ligne, jusqu'à quel point sont unies la vie et la pensée, quelle influence elles ont l'une sur l'autre, dans quelle dépendance elles sont l'une de l'autre. Voltaire a exprimé d'un mot spirituel et vrai, parmi beaucoup d'autres, cette solidarité, quand il nous montre, sous l'influence de la fièvre double-tierce, la bravoure et la vanité faisant place à leurs contraires, et le grand Alexandre lui-même tombé au niveau du dernier de ses soldats. Et, pour parler d'une autre fièvre, qui n'est plus celle de la maladie, parmi les hommes livrés non aux travaux d'Alexandre, mais aux paisibles travaux de l'esprit, quel est celui qui n'a pas senti aux signes les plus manifestes et les plus constants, dans quelle dépendance est des dispositions de la vie l'inspiration qui donne à son tour la vie aux œuvres de la pensée ? Qui, parmi eux, n'a pas senti à telle disposition toute vitale, à telle émotion organique, que l'inspiration allait naître, qu'elle était née, et qu'il était temps de prendre la plume; et à telles autres dispositions contraires, que l'inspiration, en vain attendue par le désir, serait plus vainement encore provoquée par la volonté.

Veut-on passer à des remarques non plus fortes et plus décisives, mais d'apparence un peu plus scientifique? Rien de plus clair encore que leur conclusion. La maladie, ou seulement même l'excitation la plus légère, a atteint les organes qu'on regarde comme les conditions plus particulières de l'exercice de la pensée, et elle n'a atteint que ceux-là ; ou, pour plus de précision encore, l'expérimentation physiologique est allée les endommager. Est-ce que la pensée, la sensibilité est seule compromise? Non, et chacun le sait bien : la vie, dans tout ce qu'elle a de plus organique et de plus grossier, l'est aussi et ne l'est pas moins. D'autre part et réciproquement,

©BIUM

cette même maladie, cette même excitation, et la plus légère, a envahi un ou plusieurs des organes les plus particuliers de la vie. Croit-on que la vie seule va en souffrir ? Non encore, et chacun a pu le remarquer. La sensibilité, la pensée, le talent, le génie même vont en être et tout autant atteints. C'est toujours la même histoire de la fièvre et d'Alexandre le Grand.

D'autres considérations, d'un caractère en quelque sorte plus intime, ont pu porter certains esprits à s'exagérer l'union de nos deux natures, à confondre leurs deux principes en un. Ces considérations, ou les faits auxquels elles se rapportent, touchent de plus en plus près à ces principes eux-mêmes, à leur essence, si l'on osait parler de l'essence d'un principe.

On a remarqué, et F. Bérard, de Montpellier, lui-même n'a pu s'empêcher de faire cette remarque (1) ; on a remarqué avec quel choix, quel esprit, en quelque sorte, s'exécutent, à l'instar des actes de la pensée, les actes de la vie et de ses instruments. On a vu la digestion, par exemple, ou, si l'on veut, l'appareil de la digestion et ses diverses parties, exercer leurs fonctions avec une sûreté, on pourrait presque dire un discernement, qu'offrent à peine beaucoup d'actes de la pensée ; un discernement, que Bacon appelait de la perception (2). On a vu de même l'absorption, cette autre fonction organique, sœur et fille de la digestion, et qui descend plus qu'elle encore dans les profondeurs de la vie, porter jusque dans ses moindres actes une sorte d'intelligence, une intelligence qui semble ne se tromper quelquefois qu'afin de ressembler davantage à la vraie. Et cette sorte d'intelligence de la fonction d'absorption, ou plutôt de toute la vie nutritive, a encore ceci de commun avec la véritable intelligence, qu'elle est loin, comme nous allons le voir, d'être toujours dépourvue de sensibilité.

(1) Page 44 de sa *Doctrine des rapports du physique et du moral*, ouvrage remarquable, qui, à l'époque où il parut, n'a pas été apprécié à sa valeur.

(2) *De dign.*, IV. 3.

©BIUM

Il y a d'abord une première partie, et comme une première période des actes de la vie de nutrition, dont nous avons conscience et à laquelle nous rapportons des sensations constantes et déterminées. Ces actes et ces sensations, je n'ai besoin que d'en signaler quelques-uns : les mouvements et même les impressions du cœur ; la sensation qui se rattache à l'acte respiratoire, je ne dis pas seulement au mouvement des côtes, mais à l'inspiration et à l'expiration de l'air; celle qui résulte de l'ingestion des aliments, depuis leur entrée dans la bouche jusqu'à leur chute dans l'estomac, et diverses autres sensations du même ordre.

Indépendamment de ces sensations habituelles et universelles auxquelles donnent lieu les actes de la vie intérieure ou végétative, cette même vie en présente d'autres qui, bien qu'elles ne soient ni constantes, ni habituelles, ou précisément parce qu'au lieu d'avoir ce caractère elles sont accidentelles et même rares, n'en ont que plus d'importance dans la question qui nous occupe. Je veux parler de ces sensations qui s'éveillent ou peut-être se réveillent dans des organes ou des fonctions de la vie végétative qui d'ordinaire n'en offrent pas, sensations accidentelles ou adventices, sur lesquelles s'est beaucoup appuyé Bichat pour sa doctrine de la sensibilité, et dont on peut s'appuyer au moins pour la recherche des rapports de la vie à la pensée. Tout le monde sait, en effet, que soit et le plus souvent dans l'état de maladie, soit aussi dans l'état de santé, il se produit ou se trahit, dans les profondeurs de l'économie vivante, de ces éclats de sensibilité qui ont quelquefois une longue durée et peuvent même devenir habituels. Maine de Biran l'avait remarqué et l'avait remarqué d'après lui-même, lui qui pourtant avait si nettement séparé la vie obscure et muette du corps de la vie lumineuse et bruyante de l'âme. « Il est des hommes, dit-il, d'une certaine organisation ou tempérament, qui se trouvent sans cesse ramenés au dedans d'eux-mêmes par des impressions affectives d'un ordre particulier, assez vives

©BIUM

pour attirer l'attention de l'âme. De tels hommes entendent, pour ainsi dire, crier les ressorts de leur machine ; ils les sentent se monter ou se détendre, tandis que les idées se succèdent, s'arrêtent et semblent se mouvoir du même branle (1). »

Enfin, de ce phénomène si remarquable de la vie qui se fait sensible, on a rapproché cet autre phénomène, non moins important, de la pensée qui se fait en quelque sorte vitale, c'est-à-dire automatique et sans conscience, par suite des lois de l'habitude. On sait qu'en vertu de ces lois, il est une foule d'actes de notre intelligence, on pourrait même dire qu'ils sont presque tous dans ce cas, qui perdent complétement leur caractère primitif de réflexion, de conscience, de sensation même, pour prendre celui de l'acte le plus machinal et le plus inaperçu de la vie organique. L'âme, ou son attention, semble s'être retirée de ses actes, ou plutôt elle s'en est réellement retirée, et ces actes, ces fonctions, comme celles de la vie organique, ne s'en exécutent qu'avec une perfection plus grande. Qu'une circonstance imprévue, un obstacle physique ou moral intervienne, et arrête ou seulement gêne cet accomplissement, à l'instant même la fonction, le mouvement s'arrête, l'attention s'éveille, l'âme sort comme d'une sorte de sommeil ; on dirait qu'elle accourt pour reprendre les rênes, et elle ne les reprend pas toujours à son honneur.

Les faits de diverses sortes que je viens de rappeler commandaient l'attention des philosophes, de ceux au moins qui, dans l'étude de l'homme, ont particulièrement recherché les points de contact, sinon d'union, de nos deux natures, et le moyen de se les représenter. Aussi ne faut-il pas s'étonner des efforts, souvent infructueux il est vrai, qu'ont tentés pour se rendre compte de ces faits ou pour les comprendre dans leur doctrine, un grand nombre de philosophes et de physiologistes, plus ou

(1) *Nouvelles considérations sur les rapports du physique et du moral de l'homme*, p. 118.

©BIUM

moins à la fois l'un et l'autre, philosophes et physiologistes, pour ne parler que des plus grands, dont le premier en date est Aristote, et le dernier, à peu près, Cabanis.

Personne n'ignore que pour Aristote l'âme n'était pas autre chose, en définitive, que le principe de vie, l'âme qui fait à la fois vivre, sentir et penser. Des quatre parties principales qu'il admettait dans l'âme, l'âme nutritive, ou âme de la conservation corporelle de la vie, n'était pas pour lui la moins importante. C'est d'elle qu'il partait pour remonter aux autres âmes, et il n'est jamais parvenu à remonter assez haut. Au moins, n'a-t-il pas autant pris de peine pour essayer de donner à l'âme de la pensée, au νοῦς, une immortalité douteuse, que pour confondre avec le corps le ψυχὴ, l'âme de la vie et de la sensation.

Stahl, qui, du point de vue de l'étude de l'âme et de ses relations avec le corps, n'est, pour ainsi dire, que la contre-partie d'Aristote, commence au contraire par affirmer et affermir l'âme de la pensée, l'âme immortelle; puis il la fait descendre dans les profondeurs du corps et jusque dans les plus secrètes, pour y être le principe, d'une part, de cette direction si intelligente des actes de la vie végétative, d'autre part, de ces sensations soit permanentes, soit accidentelles, que nous y avons signalées.

Ce sont ces sensations accidentelles, mais si fréquentes, de la vie de nutrition, dont s'est surtout appuyé Bichat pour établir que la sensibilité, si elle est de deux espèces, ou plutôt de deux degrés, n'est que d'une seule nature, tantôt obscure ou inaperçue, tantôt éclatante et réfléchie, et pour faire de cette propriété le point de contact ou d'union des deux vies. Sauf la conversion de la propriété en substance, sauf, en d'autres termes, la déclaration d'animisme, c'est bien, au fond, la même idée que celle de Stahl, la direction de la personne humaine, corps et esprit, attribuée à un seul principe.

Cabanis va beaucoup plus loin que Bichat, et rien de plus net que son dogmatisme. Pour lui, non-seulement vivre n'est

©BIUM

pas autre chose que sentir, et toujours sentir, mais penser ce n'est encore que sentir. Pour lui ce n'est plus, comme pour Stahl, la pensée qui, descendant dans le corps, y devient de la sensibilité et de la vie ; c'est la vie qui est essentiellement de la sensibilité, et en remontant devient de la pensée. Ainsi se trouvent établis, suivant lui, les rapports du physique et du moral, ou de la vie et de la pensée ; ou plutôt il n'y a pas de semblables rapports. Il n'existe qu'une seule substance, une seule manière d'être, un seul principe. La vie et la pensée ou la sensibilité ne font qu'un.

Une manière bien différente d'envisager ces rapports et de distinguer ces principes, manière qui a un grand nom et qui tient une grande place dans la science de l'homme, est celle de l'école de Montpellier et de son plus illustre représentant, Barthez. Elle est en outre, chez Barthez au moins, un curieux exemple de ce que peut devenir, à un moment donné, une doctrine devant les faits qui la contredisent.

J'ai à peine besoin de rappeler que cette école et Barthez en tête attribuent à l'âme toutes les manifestations intellectuelles ou qui ont lieu dans la personne humaine avec sentiment et conscience et pour la haute direction du corps, rapportant à un principe distinct de l'âme, le *principe vital*, les fonctions corporelles, vitales, qui ont lieu sans sentiment, sans conscience et pour la conservation du corps. Barthez a écrit de sentencieuses pages sur ce sujet et cette distinction ; on le croirait bien sûr de ce qu'il en affirme. Il est probable pourtant qu'il l'était moins qu'il n'en avait l'air, ou que pour lui, comme pour tous, le sujet était difficile. Voici, en effet, ce qu'on lit dans Barthez lui-même, et ces citations, presque prises au hasard, auraient pu être accompagnées de beaucoup d'autres :

« Si ce principe vital n'est qu'une faculté unie au corps vivant, il est certain qu'à la destruction du corps, il rentre dans le système des forces de la nature universelle.

» S'il est un être distinct du corps et de l'âme, il peut périr

©BIUM

lors de l'extinction de ses forces dans le corps qu'il anime; mais il peut aussi passer dans d'autres corps humains et les vivifier par une sorte de métempsycose (1).

» Il me paraît qu'on ne peut s'empêcher de distinguer le principe vital de l'homme d'avec son âme pensante. Cette distinction est essentielle, soit qu'on imagine que ces deux principes existent par eux-mêmes ou sont des substances ; soit qu'on suppose qu'ils existent comme des attributs et des modifications d'une seule et même substance, qu'il est indifférent qu'on veuille appeler âme (2). »

Il était nécessaire de citer textuellement ces passages, dont les contradictions et les incertitudes en disent plus que tous les commentaires. Ce principe vital, qui est ou n'est pas un attribut ou une substance, qui peut survivre au corps ou mourir avec lui, ou même aller animer d'autres corps par une sorte de métempsycose; qui, d'un autre côté, peut indifféremment faire ou ne pas faire partie de l'âme; cette âme, par conséquent, qui peut, à la place du principe vital, ou au moins par son moyen, intervenir dans la direction des actes de la vie végétative; ce sont les ténèbres qui se font là où on avait cru entrevoir la lumière, une doctrine passant sous les fourches Caudines d'une autre doctrine ; c'est, pour le dire en toute vérité, le principe vital absorbé par l'âme, le vitalisme, dans la personne de Barthez, rendant son épée à l'animisme de Stahl.

Pour nous qui n'avons pas d'épée à rendre, parce que nous n'avons pas émis de doctrine et que nous ne nous sentons pas le droit d'en émettre, nous devons pourtant tâcher de nous rendre compte, mais nous n'appellerons cela ni une doctrine, ni même un système, des faits que nous venons de rappeler. Nous devons chercher à les exprimer dans un langage qui les embrasse

(1) *Nouveaux éléments de la science de l'homme*, chap. xx, 2e section, art. I.

(2) *Ibid.*, chap. III, 1re section.

©BIUM

et ne les dépasse pas ; sachant ignorer et le dire, et nous arrêtant là où le terrain nous manquera.

Parmi ces faits que nous venons de rappeler, celui qui doit frapper davantage et qui nous a nous-même le plus frappé, est celui dont Bichat a fait la base de sa théorie de la sensibilité et en définitive de la vie.

Un organe, un organe de la vie intérieure ou de nutrition, dont l'action, dans l'état ordinaire, ne se révèle au *sensorium commune*, par aucune impression perçue, cet organe, ou plutôt son action, peut, par suite d'un état nouveau qui n'est pas toujours maladif, donner lieu à une sensation, rapportée par l'esprit à cette partie du corps où d'habitude il n'a rien à rapporter. Et cela a lieu pour toutes les parties, pour tous les organes du corps sans exception ; pour les organes qui ont le moins d'analogie de texture avec les organes dits de sensibilité, le tissu osseux, par exemple, comme pour ceux qui s'en rapprochent le plus.

C'est ce fait qui a en quelque sorte inspiré à Bichat sa doctrine de la sensibilité. La sensibilité, suivant lui, est de deux espèces, ou plutôt de deux degrés ; il y a d'abord la *sensibilité animale* (c'est l'expression de Bichat), sensibilité sentie ou plutôt sentante, destinée à mettre l'animal, l'homme en relation avec le monde extérieur, une sensibilité qu'on pourrait appeler la sensibilité de la pensée. Vient ensuite, ou plutôt de front, la sensibilité organique, la sensibilité en quelque sorte de la vie, sensibilité, d'après Bichat, non sentie ou dont rien, dans l'état ordinaire, n'arrive au *sensorium commune*. Ces deux sortes de sensibilité, qui semblent si différentes, puisque dans l'une il y a du sentiment et que dans l'autre il n'y en a pas, ne font pourtant qu'une seule et même sensibilité. Elles concourent au même but, sont de même nature et partent du même principe. L'une, l'insensible, bien entendu, n'est qu'un degré inférieur de l'autre, et voici comme l'entend Bichat.

C'est en vertu d'une sensibilité véritable, mais dont les or-

©BIUM

ganes seuls sont à la fois le siége et le terme, que chacun d'eux vit, agit, fait ce qu'il faut pour vivre et agir, se composer et se décomposer. Voilà ce qui a lieu dans l'état ordinaire, où cette sensibilité, ou plutôt ces sensations, ces impressions des organes de la vie assimilatrice ne dépassent pas les organes, ne vont pas jusqu'au centre de perception. Mais viennent des circonstances nouvelles, des circonstances d'excitation maladive, quelquefois même des circonstances d'organisation permanente ; et ce qui n'était que sensibilité non perçue devient sensibilité perçue ; ou, pour exprimer les idées de Bichat dans son langage même, ce qui n'était que sensibilité organique devient sensibilité animale. Il n'y a pas eu changement de sensibilité ; il y a eu accroissement de sensibilité, un degré supérieur de sensibilité, ou, comme il le dit encore, une *dose* plus considérable de sensibilité.

Nous avons vu qu'avant Bichat, Stahl avait déjà eu à se prononcer sur ces faits de sensibilité intermittente ou additionnelle de la vie surtout intérieure, sur leur signification et leur valeur dans la détermination des rapports de l'âme et du corps et des liens qui les unissent. Grand physiologiste, grand médecin aussi, Stahl savait bien que ce corps qu'habite l'âme, après l'avoir, suivant lui, construit à sa guise, est pourtant une bien mystérieuse et bien capricieuse demeure. Il savait que cette sensibilité, qui est le lien de nos deux natures, est aussi comme une sorte de fenêtre par laquelle l'âme a vue sur le corps d'abord, ensuite sur le reste du monde, et que cette fenêtre, et la même, est tantôt ouverte et tantôt fermée. Il savait, en d'autres termes, et pour ne pas pousser plus loin ces figures, qu'à tel moment donné, dans des circonstances données, soit dans l'état de maladie, soit même dans l'état de santé, une action, une passion, une fonction en un mot corporelle, qui tout à l'heure ne donnait pas conscience d'elle, en donne actuellement conscience. Et il avait conclu de là, à sa manière et dans

©BIUM

son langage, que si un tel fait a lieu, et il a lieu en effet pour toutes les fonctions et tous les organes, c'est que l'âme est unie à tous les organes, directrice de toutes les fonctions ; tantôt les dirigeant comme à son insu, ou du moins sans trop y prendre garde, laissant aller le corps presque seul, et c'est là la *sensibilité organique*, ou non sentie de Bichat ; tantôt les dirigeant guides en mains, les yeux, les oreilles, tous les sens ouverts, et c'est là la *sensibilité animale* du même physiologiste, la sensibilité sentie, la vraie sensibilité.

Arrêtons-nous un instant sur ces idées des deux grands physiologistes et commençons par celles de Bichat.

En prenant la théorie de Bichat au pied de la lettre, en s'arrêtant aux mots qui l'expriment, au double emploi si manifestement abusif qui y est fait du mot de sensibilité, sans doute on peut la blâmer, la combattre, la rejeter même ; et c'est ce que, de son point de vue, Maine de Biran a fait et bien fait. Bichat, dans le rapprochement, dans la confusion qu'il a faite de ses deux sensibilités, Bichat a prononcé le nom de degré, de dose, il y a insisté ; il a dit que la sensibilité organique est le degré le plus inférieur de la sensibilité animale. Dans cette expression même de degré est la réfutation de sa doctrine. Il ne saurait y avoir de degrés, n'y en eût-il qu'un ou y en eût-il cent mille, entre zéro et quelque chose. Or, dans ce que Bichat appelle sensibilité organique, il y a zéro de sensibilité, c'est-à-dire zéro d'un état qui, pour exister, demande à être senti. Les organes, siége de cette prétendue sensibilité organique, ne reçoivent, dans l'état ordinaire, ou plutôt ne transmettent aucune impression, ne sont le point de départ d'aucune sensation. Lorsque par suite de circonstances nouvelles, en général maladives, ou au moins dues à un état insolite d'excitation, ils deviennent ce point de départ, c'est une nouvelle manière d'être, à la fois physiologique et psychologique, qui se produit en eux. C'est de la sensibilité qui y naît, et en quelque sorte de toutes

©BIUM

pièces, et qui est à elle-même son premier degré. Cette sensibilité est essentiellement animale, c'est-à-dire perçue par l'animal, sans cela elle n'existerait pas.

Voilà, en somme, ce qu'on peut répondre à Bichat, et cela est rigoureusement vrai. Je l'ai dit ailleurs et je le répète, sauf à m'en expliquer de nouveau tout à l'heure ; il n'y a de sensibilité, ou plus exactement de sensation, que celle qui se sent ou est sentie. L'excitation ou irritation est une autre propriété ou plutôt un autre fait.

Faisons maintenant pour la théorie de Stahl ce que nous venons de faire pour celle de Bichat ; appliquons-lui provisoirement un blâme analogue, sauf aussi à la mieux comprendre et à nous la mieux expliquer. Sans doute on peut dire à Stahl, plus encore qu'on ne le disait à Bichat : « Vous prétendez que les actes de la vie organique ont lieu sous la direction et par conséquent avec l'intelligence de l'âme ; mais ces actes, l'âme ne les perçoit pas, n'en a pas conscience : comment pourrait-elle en avoir l'intelligence et la direction ? » Nous reprochions à Bichat sa sensibilité non sentante ; nous vous reprochons à vous, et bien davantage, votre intelligence inconsciente et qui ne se perçoit même pas.

Conçu et formulé en ces termes, pour Stahl comme pour Bichat, le reproche est certainement fondé. Voyons pourtant si l'on ne pourrait autrement et mieux concevoir et Bichat et Stahl, les mieux concevoir et peut-être les concilier.

Bichat, en physiologiste, qui n'a point à sortir de la physiologie, ne s'est occupé que de la vie, des propriétés vitales, sans vouloir, dit-il, remonter jusqu'au principe de ces propriétés. Ce principe pourtant, il y est en réalité remonté ; il est même remonté plus haut, car il est remonté jusqu'à la sensibilité. Il est vrai qu'il s'est arrêté là ; mais comment s'y est-il arrêté ? En déclarant que cette sensibilité est une et la même dans la vie organique que dans la vie de relation, et proclamant ainsi implicitement l'unité de gestion de la personne humaine. Si Bi-

©BIUM

chat fût remonté plus encore, c'est-à-dire s'il se fût rappelé l'indivisibilité du fait de conscience, au lieu d'un des membres de la trinité psychologique, il eût rencontré la trinité elle-même, l'âme et sa substance, et c'est à elle qu'il eût donné la direction de ses deux vies. Or, c'est justement là ce que, depuis longtemps, avait fait Stahl. Cette unité du gouvernement personnel de l'homme, au lieu de l'attribuer inexactement à une des facultés de l'âme, la sensibilité, il l'a donnée à l'âme tout entière.

Il y a des philosophes qui ont regardé cette doctrine de Stahl, cette extension des pouvoirs de l'âme jusqu'à leurs plus extrêmes limites, peut-être même un peu au delà, non-seulement comme contraire à la vérité, ce qui, du reste, renferme tout, mais comme dangereuse en ses conséquences, c'est-à-dire comme tendant à la réduction de la personne humaine à une seule substance, celle qui étoufferait l'âme dans les liens grossiers de la vie.

Cette accusation me semble être de celles qu'il est plus facile de porter que de prouver. Eux-mêmes, ceux qui la portent, n'ont pas toujours su se garantir d'accusations équivalentes. Ils n'y parviennent, quand ils y parviennent, que par quelqu'une de ces formules vides, où l'on retranche d'une question tout ce qui est embarrassant ou obscur, tout ce qui en fait la difficulté, mais aussi la réalité et la vie. L'âme a prise sur le corps et se le tient attaché par les liens les plus nombreux et les plus intimes, par ses émotions, ses impulsions, ses instincts, ses désirs, sa volonté même, qui ordonne les mouvements. Il ne suffirait donc pas qu'elle y résidât comme en un navire le pilote, qui est quelquefois jeté par-dessus le bord. Il faut, au contraire, qu'elle lui soit unie bien plus universellement et bien plus profondément. Il faut qu'elle soit incorporée, et, comme le dit encore Descartes, substantiellement unie aux organes. De plus et indépendamment de ses propres actes, l'âme doit percevoir, sinon diriger, toute la partie des actes de la vie dont nous avons con-

©BIUM

science, et le moins qu'elle puisse faire pour cela c'est d'en subir les impressions. Si cette part prise par l'âme ou la sensibilité aux actes de la vie organique eût été plus considérable, et il y a des organisations où elle le devient ou l'est, l'âme ne serait, pour cela, ni plus matérielle, ni moins immortelle. Seulement elle aurait affaire à un corps, à une demeure un peu plus douloureuse peut-être à habiter, un peu plus difficile à régir, à cette nature d'organisation à la fois ultra-nerveuse et ultra-spirituelle dont a parlé Maine de Biran, où tout se sent et presque se redouble, au grand dommage de l'âme et du corps. Il semble donc qu'on puisse sans crainte étendre, aussi loin que le permettent les faits, l'empire ou la servitude de l'âme. Sa distinction n'en sera pas moins éclatante et son avenir n'en saurait être compromis.

Il est d'abord parfaitement légitime et même absolument nécessaire d'étendre le domaine de l'âme, soit action, soit passion, à tous les actes de sensibilité corporelle où le fait de conscience le plus faible et le plus vague est le moins du monde intéressé. Faire le contraire, et même le plus discrètement, ce serait attribuer de la sensibilité à la matière et l'on voit où cela peut conduire, ni plus ni moins qu'à lui donner aussi de l'entendement et de la volonté. Ce n'est pas au reste sur cette sorte de faits que portent les théories ou les explications de Stahl et de Bichat. Ces explications et ces théories sont relatives, comme nous l'avons vu, aux faits si nombreux d'action vitale qui, d'ordinaire et dans l'immense majorité des cas, se produisent sans l'ombre de fait de conscience, ou, si l'on aime mieux, sans l'ombre de sensibilité sentie, de sensation même la plus vague. Or, pour tous ces faits, et ils sont le fond même de la nature et de la vie humaine, je ne sache que trois manières d'essayer de s'en rendre compte, ou, plus modestement, d'en parler.

La première manière est celle qu'a employée Descartes et d'où sont sortis d'un même jet les trois systèmes, au fond identiques, de l'*assistance*, de l'*occasionalisme* et de la *prémotion ;*

©BIUM

un mécanisme organique, absolument extérieur et étranger à l'âme, lequel mécanisme va tout seul, sous la pression, bien entendu, du droit divin, et d'après le programme suivant, que j'extrais du *Traité de l'Homme :*

« Je désire que vous considériez après cela, que toutes les fonctions que j'ai attribuées à cette machine, comme la digestion des viandes, le battement du cœur et des artères, la nourriture et la croissance des membres, la respiration, la veille et le sommeil ; l'impression de la lumière, des sons, des odeurs, des goûts, de la chaleur et de telles autres qualités dans les organes des sens extérieurs ; l'impression de leurs idées dans l'organe du sens commun et de l'imagination ; la rétention ou l'empreinte de ces idées dans la mémoire ; les mouvements intérieurs des appétits et des passions ; et enfin les mouvements extérieurs de tous les membres, qui suivent si à propos tant des actions des objets qui se présentent aux sens que des passions et des impressions qui se rencontrent dans la mémoire, qu'ils imitent le plus parfaitement qu'il est possible ceux d'un vrai homme ; je désire, dis-je, que vous considériez que ces fonctions suivent toutes naturellement en cette machine de la seule disposition de ses organes, ni plus ni moins que font les mouvements d'une horloge, ou autre automate, de celle de ses contre-poids ou de ses roues ; en sorte qu'il ne faut point, à leur occasion, concevoir en elle aucune autre âme végétative ni sensitive, ni aucun autre principe de mouvement et de vie, que son sang et ses esprits agités par la chaleur du feu qui brûle continuellement dans son cœur, et qui n'est point d'autre nature que tous les feux qui sont dans les corps inanimés. »

La société et la philosophie du grand siècle accueillirent avec faveur cette explication toute mécanique, toute physique et toute chimique, et même d'une très mauvaise mécanique, d'une très mauvaise physique, d'une très mauvaise chimie, des actes de la vie et des rapports de l'organisation à l'âme. Il est, je

©BIUM

crois, très permis de dire que le grand siècle, heureusement pour lui et pour nous, a des titres plus sérieux que cet assentiment à notre admiration et à nos respects.

Vient une seconde théorie, une seconde explication, ou, si l'on veut, une seconde manière de parler des rapports du corps et de l'âme dans les fonctions de la vie végétative : c'est la doctrine du vitalisme, et celle de Barthez en particulier. Cette doctrine, je crois en avoir déjà assez parlé, en avoir déjà assez fait sentir le néant ou l'insuffisance. Je me borne donc à poser ou à rappeler ce dilemme : le principe vital sent ou ne sent pas ; il n'est pas même nécessaire de demander s'il est une substance ; Barthez, du reste, dirait qu'il ne le sait pas. S'il ne sent pas, le corps est une machine, machine vivante, je le veux bien, mais qui, en somme, ne différerait pas beaucoup de celle de Descartes, si ce n'est qu'il n'y est question ni de chimie, ni de physique, et qui ne se distingue de celle de Bichat que parce qu'au mot de propriété vitale on a substitué celui de principe. S'il sent, ce principe vital, c'est une partie, un côté, une faculté de l'âme, et Barthez, nous l'avons vu, s'est exécuté sur ce point ; nous n'avons donc autre chose à faire que d'accepter son jugement. Cela nous conduit à la troisième manière de parler des relations de l'âme et du corps, dans les fonctions de la vie végétative : la manière de parler de Bichat et de Stahl, ou quelque chose qui s'en rapproche.

J'ai déjà un peu anticipé plus haut sur ce que j'aurai à dire des conditions organiques des faits psychologiques que je discute en ce moment. J'ai rappelé et il me faut rappeler de nouveau un fait physiologique général irréfragable, à savoir que les maladies et les mutilations du système nerveux, et à proprement parler de tous les systèmes et de tous les organes, prouvent, à ce point de vue au moins, les connexions intimes de la vie et de la pensée, ou si l'on veut de la sensibilité. Ces maladies et ces expériences produisent du même coup et toujours une altération dans les phénomènes de la vie et dans ceux de la sensibi-

©BIUM

lité, et cela, quel que soit l'organe malade ou la partie du système nerveux sur laquelle on expérimente. Les travaux, soit anatomiques, soit physiologiques, entrepris, dans ces derniers temps surtout, pour distinguer dans le système nerveux les centres ou les rameaux d'excitation, affectés plus particulièrement à la pensée, à la sensibilité, au mouvement, à la vie, n'ont fait que confirmer ce résultat qui se rattache évidemment à un fait plus général. Nous aurons à revenir sur ce point.

Or, dans un ensemble, comme le corps humain, ou plutôt la personne humaine, où tout se comporte et agit dans une si complète harmonie, dans une si admirable unité, on peut bien, et ce n'est pas trop dire, préjuger de l'identité, de l'unité d'instrument, à l'identité, à l'unité du principe. Ce principe, ce n'est pas le principe vital, qui n'est qu'un mot, tout aussi mot que celui de propriété vitale. C'est encore moins l'organisme vivant, dont l'activité, quelque essentielle qu'on la fasse, n'est point une activité qui se sente. Il ne reste, en dehors de cet organisme et de cette activité, qu'un principe, qui ne soit pas seulement actif, mais qui soit essentiellement et exclusivement sentant. C'est ce principe qui est seul en jeu dans ce grand fait dont j'ai déjà plus d'une fois parlé, et qui est corrélatif de celui que je mentionnais tout à l'heure ; le fait du passage accidentel de beaucoup d'actes de la vie dans le domaine de la pensée ; le fait, en d'autres termes, de la substitution, de l'addition, si l'on veut, de la sensibilité à l'excitabilité sans conscience. On peut se dire que ce qui, dans l'état régulier, empêchait cette substitution ou cette addition, c'était uniquement une certaine disposition des organes, et que ce qui, à un moment donné, la rend possible, c'est une certaine autre disposition de ces mêmes organes, qui est loin d'être toujours produite par la maladie. On y est d'autant plus autorisé qu'un fait réciproque ou en sens inverse, mais de même ordre, se produit aussi par la même cause. Voilà des points, des surfaces de rapport, qui, tout à l'heure, conformément à leur nature et à leurs usages,

©BIUM

appartenaient au régime de la sensibilité. Survient une maladie, une lésion de la partie du système nerveux, soit centrale, soit périphérique, excitatrice de ces surfaces ; et il se produit une paralysie anesthétique, c'est-à-dire, pour parler français, une annihilation, une diminution du sentiment et quelquefois de l'intelligence tout entière. Il y a ici, comme je le disais, et en sens inverse du cas précédent, passage de la pensée ou de la sensibilité à la simple vie. Le principe de la pensée ou de la sensibilité est resté sans doute ; il est là, derrière et tout près ; mais l'instrument lui fait défaut, et il n'agit et ne sent plus. Dans ce cas, au lieu d'une addition, c'est une soustraction qui s'est faite ; une soustraction de la sensibilité, la vie seule restant ; mais c'est toujours une opération de la même arithmétique. Or, ce que j'exprime là comme je le sens, c'est, ce me semble, ce que Bichat et Stahl ont dit ou voulu dire chacun de leur point de vue.

Cette âme, ce principe animateur et directeur de la personne humaine, et que Bichat a réduit des deux tiers, en le restreignant à la sensibilité, mais que Stahl avait maintenu dans sa triple et féconde unité, cette âme, si j'osais le dire, descend plus ou moins dans la profondeur des organes, suivant leurs dispositions, originelles ou acquises, de santé ou de maladie ; tantôt remontant de ces profondeurs, tantôt y descendant, mais le faisant toujours et surtout par sa partie en quelque sorte plus corporelle, celle qui a suffi à Bichat pour ses explications. Peut-être même qu'il ne lui est ni aussi difficile, ni aussi extraordinaire qu'on se l'imagine, de suivre l'un ou l'autre de ces chemins, de remonter ainsi du corps et surtout d'y descendre ; car il est possible que ces chemins, ou plutôt les demeures auxquelles ils conduisent, lui soient depuis longtemps connues.

Une conjecture en effet a été émise, une hypothèse a été hasardée, c'est, je crois, par Cabanis, sur les premières déterminations de la sensibilité. Contrairement à l'opinion de Buf-

©BIUM

fon, qui faisait de la vie intra-utérine un sommeil, on a avancé qu'originairement et dans le sein maternel, tout est sensibilité organique et interne, mais sensibilité perçue, la sensibilité animale ou externe, excepté peut-être dans ce qui est du tact général, n'existant pas à cette époque de la vie. On a ajouté qu'à la naissance et immédiatement, la sensibilité animale ou plutôt humaine, se développant avec une promptitude et une vigueur que nécessitent l'éducation et la conservation de l'individu, rejette sur le second plan, dans l'ombre et le silence, la sensibilité organique, l'éteint, l'absorbe en quelque sorte, et ne tarde pas à faire d'elle une sensibilité non perçue et presque un pur mécanisme vital. A l'appui de cette hypothèse et comme sa contre-épreuve et sa vérification, on a invoqué ce fait, car c'en est un, tiré de la vie de relation, de la vie d'entendement et de volonté, que l'habitude, dans les actes de cette vie, finit par produire un effet analogue et même identique à ce fait d'absorption de la sensibilité organique originaire. Des actes essentiellement intellectuels, qui d'abord ne s'étaient produits que par l'effet de l'attention et de la volonté, finissent par se produire en dehors d'elles, d'une manière toute machinale, et ne s'en accomplissent que mieux. De temps en temps, pour ces actes momentanément automatiques de la vie de relation, il se fait une sorte de réveil de l'attention et de la volonté, qui n'est pas toujours à l'avantage de leur bonne exécution, mais qui enfin les ramène à leur primitive origine. Il en pourrait être de même, a-t-on dit, des actes désormais et depuis longtemps non perçus de la sensibilité organique. Il peut y avoir aussi pour eux une sorte de réveil, soit spontané, soit provoqué par des impressions étrangères. Cette sensibilité de la vie de nutrition, ou des organes de cette vie, passe alors de la non-perception à la perception. Elle reprend sa première forme, son premier état. L'âme retrouve, momentanément au moins, cette part de sa sensibilité qu'elle aurait plus ou moins volontairement abandonnée. Peut-être même y a-t-il plus que cela, et cet abandon qu'aurait

©BIUM

fait l'âme de sa sensibilité, est-il plus apparent que réel. Cette sorte de réveil ou de rappel de la sensibilité organique, pourrait bien être, en réalité, moins absolu qu'il n'en a l'air, parce que le sommeil de cette sensibilité n'a jamais non plus été absolu. Sans doute, cette sensibilité organique ne donne pas d'elle-même au centre de perception un sentiment qu'il rapporte à un point, à un organe déterminé. Mais l'exercice de la sensibilité n'a pas rien que cette forme-là. L'impression, l'émotion d'un organe, qu'elle soit provoquée ou non, n'a pas toujours dans ce même organe son point de retentissement ou de réflexion. Ce n'est là, au contraire, qu'une des manières d'être de la sensibilité. Il y en a une autre, qui depuis la naissance est devenue désormais celle des organes de la vie de nutrition. Les émotions, nées dans ces organes et transmises au centre de perception, sont ou peuvent être senties par celui-ci, soit d'une manière générale, soit sous une forme plus déterminée, mais plus ou moins lointaine et vagabonde. Ce sera, dans le premier cas, une disposition vague de l'esprit et même de toute l'économie, qui semble n'avoir, soit au dedans, soit au dehors, aucune cause qui l'explique. Ce sera, dans le second, des émotions, des sensations plus locales, mais qui font explosion ailleurs que dans les organes dont les impressions en ont été le point de départ. Telles sont ces dispositions générales et ces émotions particulières, si brusques, si imprévues à la fois et si puissantes, qu'ont notées, aussi bien que les physiologistes, les philosophes de toutes les écoles, Descartes, aussi bien que Reid, et que le premier de ces philosophes, malgré le rôle en quelque sorte tout mécanique qu'il faisait jouer au cerveau, avait pourtant rapportées à de certaines dispositions ou affections de cet organe. C'était, de sa part, une contradiction; c'était, de plus, une erreur, ou au moins une exagération. Il faut plutôt, comme nous l'avons dit, chercher le point de départ de ces dispositions, de ces affections, dans tous les organes du corps qui ne sont pas le cerveau. Ces organes, qui ont eu de la sensibilité, puisqu'ils

©BIUM

ont de la vie, en conservent le germe et transmettent, d'une façon variée, pour des résultats variés, mais toujours sensibles, leurs impressions et leurs émotions au centre de perception.

Je viens de rappeler des faits en cherchant à les lier entre eux par des explications et des hypothèses. Ces explications et ces hypothèses, non-seulement je n'en méconnais pas le caractère, mais je le proclame tout le premier, sans embarras ni mécompte. Dans ces études des rapports de la vie de l'âme à celle du corps, la conjecture et le doute tiendront toujours la plus grande place. Nous sommes loin de pouvoir y aspirer au degré de précision et de certitude qu'offrent certaines parties des sciences même physiologiques. S'il nous était donné d'arriver à un tel résultat, ce résultat serait, à l'instant même, tout autre et tout autrement grand. Nous saurions du secret de notre nature et de celui de notre destinée bien plus qu'il ne nous appartient d'en connaître. Nous devons nous contenter de beaucoup moins, et nous en tenir par conséquent à nos interprétations et à nos conjectures. Que les choses, au reste, se passent ou non comme je viens de le dire, comme j'ai essayé de me les représenter, toujours me semble-t-il que ces développements pourront avoir pour résultat de faire mieux saisir la nature, et, en quelque sorte, l'étendue de ce sentiment général du moi dont nous recherchons la physiologie. Ce sentiment se composerait d'abord du sentiment, ou plutôt de la conscience de la vraie pensée, considérée dans la raison, la volonté et la vraie sensibilité. Il se composerait ensuite et simultanément d'une sorte de conscience inférieure, la conscience de ces impressions et émotions de la vie organique, qui, la plupart du temps, ont l'air de ne pas être perçues, c'est-à-dire localisées, qui pourtant, dans certains cas, le sont ou le deviennent, mais qui toujours et continuellement donnent lieu, de la part du centre de perception, à des sensations confuses, qu'il répercute et généralise, en dispositions, dans tout l'ensemble de l'économie.

©BIUM

La recherche à laquelle nous venons de nous livrer, sur les rapports de la vie à la pensée, sur la nature et les éléments du sentiment du moi ou de la personne, était avant tout psychologique. Il ne se pouvait pas pourtant qu'à chaque instant la physiologie n'y intervînt. C'était une conséquence forcée de la nature même de ces études. Il nous reste maintenant à passer d'un côté de la question à l'autre, au côté ici principal, le côté physiologique. Nous avons, en d'autres termes, à rechercher, d'abord d'une vue générale, puis dans des voies de plus en plus particulières, les conditions organiques du sentiment de l'existence et du moi, c'est-à-dire les rapports physiologiques de la vie à la pensée.

Nous venons de dire que tous les organes du corps humain sans exception, ont pu être, dans l'origine, des foyers d'impressions sensibles. Nous avons ajouté, et ceci n'est plus une simple hypothèse, c'est un fait, que, dans lequel que ce soit de ces organes, et par suite de conditions nouvelles, il peut se faire de ces impressions sensibles une reproduction, un réveil. S'il en est ainsi, ce ne sera pas même une induction que de dire que les points de départ des impressions sensibles internes, dont la résultante contribue au sentiment de la personne, ce sont tous les organes du corps humain, sans exception. Ce sera tout simplement le même fait envisagé à un autre point de vue, retourné, si l'on peut ainsi dire, de sa face psychologique à sa face physiologique. Mais ce fait, tout général, qui peut mettre sur la voie de la vérité, n'est point la vérité tout entière, celle au moins à laquelle on peut ici atteindre. Dans ces matières difficiles, où la physiologie et la psychologie apportent chacune sa lumière et trop souvent son obscurité, il y a des distinctions à faire, des analyses à opérer, des questions plus particulières à poser. La première de ces questions, on le sent bien, est ou pourra être à peu près celle-ci : Parmi toutes ces parties du corps humain qui peuvent être le point de départ d'impressions sensibles, existe-t-il des organes qui soient les instruments plus particu-

©BIUM

liers des diverses phases de ce phénomène, et ces organes, sont-ce les nerfs ou le tissu nerveux ?

A cette question, et à peu près tout d'une voix, la physiologie répond par affirmative. Il y aurait presque du ridicule à ne pas se ranger à cette réponse. On doit pourtant faire observer qu'il est des organes, ou des parties d'organes, où s'opère avec autant de succès que dans d'autres cet appel à la sensibilité, et où jusqu'ici on n'a découvert aucun nerf. De plus, il est des animaux qui, bien que très bas placés dans l'échelle, sont doués, sans cela ils ne seraient pas des animaux, d'une sensibilité incontestable, et chez lesquels on ne trouve pas de nerfs. Sans doute, pour expliquer cette double anomalie, il y a d'une part, et entre autres hypothèses, l'atmosphère nerveuse, imaginée par Reil, qui fait que là où il n'y a plus de nerfs il y en a encore, et qui, pour peu qu'on voulût l'étendre, dispenserait sinon de tout l'arbre nerveux, au moins de la plus grande partie de ses branchages et de ses feuillages. Il y a d'autre part l'idée d'Oken, trouvée admirable par Carus, que, chez les animaux inférieurs privés de nerfs, il y en a bien plus que chez les autres, puisque chez eux toute la masse animale est de nature nerveuse ; idée admirable qui n'est pas autre chose, en anatomie, qu'une belle et bonne pétition de principe. Il n'y a donc pas plus à tenir compte d'une de ces explications que de l'autre ; et force est bien de laisser subsister à leur place un point de doute et d'interrogation.

Il faut, en outre, remarquer, pour ce qui est des animaux supérieurs et de l'homme, que même dans les organes où se ramifient avec le plus grand luxe un ou plusieurs rameaux nerveux, il arrive pourtant un point où l'on ne rencontre absolument aucun de leurs ramuscules, et que c'est là précisément ce qui a lieu pour les surfaces ou les points de l'organe où l'impression vient faire, et faire heureusement, appel à la sensibilité.

Il se présente enfin un troisième ou quatrième fait qu'on

©BIUM

peut rapprocher des précédents et qui a été signalé par la physiologie elle-même. Presque tous les physiologistes en effet, et parmi eux les plus autorisés et les plus célèbres, admettent que des communications, des sympathies peuvent avoir lieu d'organe à organe, par simple continuité de tissu, comme ils disent, par simple analogie même de tissu, sans que le système nerveux y intervienne en aucune façon. C'est là peut-être une concession qu'auraient craint de faire des physiologistes plus jaloux de l'importance de ce système. Sur ce fait même des sympathies purement organiques, comme sur celui du manque apparent de nerfs à un point donné des surfaces sensitives, ils auraient pu, au contraire, faire remarquer que nous ne voyons et ne savons pas bien où se terminent les dernières ramifications d'une branche nerveuse, et la manière dont elles se fondent dans la trame des organes. Il y a, sur ce sujet, parmi les physiologistes et les micrographes, bien des divergences et des contradictions. Le microscope, qui sur ce point, comme sur tant d'autres, a beaucoup cherché et beaucoup montré, est loin d'avoir tout trouvé ; il a été, de plus, et sera encore l'instrument de plus d'un mirage.

Toutefois, et malgré ces difficultés et ces inconnues, nous admettons, et il est impossible de ne pas l'admettre, que les conditions organiques des impressions qui, grâce à l'intervention du *sensorium commune*, tombent dans le domaine de la sensibilité, ce sont les ramilles et les houppes nerveuses. Nous admettons même que ces ramuscules nerveux sont les instruments de ces communications, de ces *sympathies* dont nous venons de parler, qui unissent les organes les uns aux autres, surtout, bien entendu, pour celles de ces communications qui finissent par se résoudre en éléments de sensation. Il y a dans le corps humain tant et tant de nerfs et de tant d'espèces, si enchevêtrés, si anastomosés, comme le dit l'anatomie, que demander d'autres moyens de communication soit entre les organes considérés comme points de départ des impressions sensibles, soit

©BIUM

entre ces mêmes organes et le centre de perception, serait réellement trop d'exigence. Tenons-nous-en donc à celui-là. Il y a d'abord les nerfs du mouvement, qui, s'ils ne transmettent pas, on le croit, d'impressions senties des organes au centre de perception, transmettent au moins de celui-ci aux organes les ordres de mouvement de la volonté, et sûrement, avec ces ordres, le sentiment de la volonté et du mouvement. Il y a ensuite et surtout les nerfs de la sensibilité externe, de la sensibilité des cinq sens, répandus, pour ce qui est du tact, dans toutes les parties du corps. Il y a enfin les nerfs de la sensibilité interne ou viscérale, ou de la vie végétative, les nerfs dits plus particulièrement du *grand sympathique*, qui, du point de vue de leur diffusion, sont aux organes de cette vie ce que sont les nerfs du tact à la vie de relation.

Tout en laissant à l'écart la question psychologique, la physiologie a cherché à distinguer ou plutôt à séparer les nerfs de la sensibilité interne de ceux de la sensibilité externe, comme elle avait séparé ces deux sortes de sensibilité. Ainsi elle a dit d'abord que les organes de la vie organique et de la sensibilité de même ordre sont exclusivement animés par les nerfs ganglionnaires ou du grand sympathique, lesquels se distribuent à toutes ces profondeurs. Cela n'était pas bien difficile à dire, car ce n'était pas difficile à voir ; il suffisait pour cela d'ouvrir les yeux. Aussi la physiologie ne s'en est-elle pas tenue là. Elle a cru pouvoir assigner plus particulièrement à cette vie et à cette sensibilité organiques des nerfs d'une nature particulière, d'une couleur particulière, des nerfs *gris* (c'est le nom qu'ils portent), sombres et obscurs comme les fonctions auxquelles on les rattache, nerfs ou plus exactement fibres grises, qu'on faisait naître de points particuliers de la moelle épinière et même du cerveau. Mais bientôt la physiologie elle-même, sous le scalpel, bien entendu, et sur le témoignage d'autres physiologistes, a vu et montré que ces fibres grises et organiques naissent des mêmes points du système nerveux central que les nerfs blancs

©BIUM

ou nerfs de la sensibilité externe ; qu'elles concourent à leur composition, comme de leur côté ces nerfs de la vie sensible concourent à la composition des faisceaux nerveux qui vont se rendre aux organes de la vie végétative. La physiologie avait déjà remarqué que certaines autres conditions anatomiques, par exemple la condition d'un renflement ganglionnaire, prétendu obstacle à la transmission des impressions de la sensibilité, placé à l'origine ou sur le trajet du nerf, étaient communes et aux nerfs gris ou de sensibilité organique, et aux nerfs blancs ou de sensibilité externe. Il lui a donc bien fallu conclure, plus ou moins explicitement, que, pour ce qui est de la sensibilité au moins, il n'y a, jusqu'à plus ample informé, qu'une même espèce et un même ordre de nerfs.

Cette déclaration, qui ressort soit des aveux formels, soit des contradictions de la physiologie, n'est pas autre chose, on doit le voir, que l'énoncé anatomique du fait psychologique que nous venons de discuter, énoncé qui revient à ceci, que les deux sensibilités se confondent par leurs organes, comme elles se confondent par leur nature, et que, si la sensibilité organique ou de la vie végétative offre si souvent ou si habituellement des éclipses ou des lacunes, cela tient à des conditions matérielles qu'il ne nous a pas encore été donné d'apprécier.

Quoi qu'il en soit de ces difficultés et de ces obscurités, et quoi qu'il en doive être dans l'avenir, voilà, au moyen des nerfs de sensibilité externe et interne, au moyen de nerfs blancs ou gris, animaux ou organiques, voilà les impressions externes et internes du sentiment du moi et de la personne mêlées, enchevêtrées, réunies en quelque sorte en faisceaux comme ces nerfs, les voilà en marche vers le centre de perception, ou plutôt les y voilà arrivées.

Ce centre de perception, comme on le nomme, qui va recevoir, percevoir et fondre en un tout ces impressions si nombreuses et si variées, pour les réfléchir, en un seul sentiment du moi, vers ces organes, ce corps, cette personne matérielle,

©BIUM

qui les lui a envoyées, ce centre de fusion et de perception, quel est-il ?

Si ici encore on se borne à une réponse générale, sans distinctions et sans détails, cette réponse ne sera pas difficile à faire ; elle pourra être faite par tout le monde, et dans ces termes elle sera très près de la vérité. Ce centre de perception, de fusion et de diffusion des impressions et des sensations, ce centre de la sensibilité, en un mot, c'est le système nerveux central, l'appareil encéphalo-rachidien.

Mais il se présente immédiatement une seconde question, que provoquent les derniers mots mêmes de la réponse. Ce centre des impressions perçues du sentiment du moi et de la personne, ce centre, est-ce tout le système nerveux central, depuis la tête à la queue, depuis le cerveau proprement dit jusqu'à l'extrémité de la moelle épinière, et presque indifféremment l'une ou l'autre de ces deux parties ?

Il y a des physiologistes qui ont répondu à cette question par l'affirmative ; et voici, en résumé, comment ils ont motivé leur affirmation : Attribuant, sans plus de réflexion, au principe de la sensibilité, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur du corps, tout mouvement provoqué par une impression, un choc, un contact, et voyant qu'un animal privé de sa tête peut parfaitement offrir de ces mouvements ainsi provoqués, ils ont conclu de là que la sensibilité extérieure, aussi bien que la sensibilité intérieure ou organique, ne tient pas tout de cette tête, même quand elle est attachée aux épaules de l'animal, que la moelle épinière y peut suffire, et ils ont rattaché cette belle théorie de la tête coupée à un mot qui déjà avait fait fortune, comme tous les mots qui ne signifient rien, ou qui, dans leur sens louche, disent tout ce qu'on veut leur faire dire, le mot de *pouvoir réflexe*.

Parmi les physiologistes, en effet, qui se sont occupés, d'une manière plus ou moins directe et personnelle, de cette propriété attribuée à la moelle épinière, de répondre par elle-

©BIUM

même aux stimulations qu'on lui adresse, il en est fort peu qui aient donné à leur langage une précision qui témoigne de la netteté de leurs idées. Il en est fort peu qui aient vu et disent nettement si cette propriété de la moelle épinière qu'ils appellent de la sensibilité, est de la sensibilité qui se sent ou de la sensibilité qui ne se sent pas, c'est-à-dire si elle est ou n'est pas de la sensibilité. Un des inventeurs, un des pères en quelque sorte de la théorie du pouvoir réflexe, Prochaska a donné l'exemple de cette indécision et de ce vicieux langage. A propos des impressions adressées à la moelle épinière, et destinées, dit-il, à s'y *réfléchir* en mouvements, il ajoute que « le siége du *sensorium commune* s'étend jusque dans cette partie du système nerveux central (1), et, plus loin, que la condition générale qui domine la réflexion des impressions sensorielles sur les nerfs moteurs, c'est l'*instinct de la conservation* (2). »

Il faut sortir de cette indécision, ou, si l'on ne peut en sortir, loin de la dissimuler sous des expressions ambiguës, il faut savoir l'exprimer nettement.

La question, comme on le sent bien, n'est pas pour nous de savoir si une impression, une stimulation nerveuse peut donner lieu à un mouvement, à une sorte de réplique qui soit un mouvement. La question est de savoir, d'abord d'une manière générale, si dans ce mouvement et de la part de l'animal, de l'homme, chez lequel on le provoque, il y a sensibilité, sensation. La question ensuite, et plus particulièrement, est de savoir si chez un animal privé de sa tête il y a sensibilité, sensation ; une sensation réelle et qui puisse, quelque obscure qu'on la suppose, être rapportée à un centre de perception qui ne soit pas le cerveau, puisque le cerveau n'est plus là, mais qui soit la moelle épinière.

---

(1) *Opera minora*, 1800, pars II, cap. 4, p. 153.

(2) *Ibid.*, p. 154. — *Disquisitio anatomica physiologica organismi corporis humani ejusque processus vitalis*, in-4, 1812, p. 84.

©BIUM

Or, de ce que chez un animal mutilé ou décapité une impression provoque un mouvement, conclure que ce mouvement se lie nécessairement à un acte de sensibilité, serait une conclusion qui pourrait mener loin ; car il faudrait conclure au même titre qu'un cœur qui est là, arraché du corps, sur une table, et qui répond par ses contractions aux piqûres dont on le harcèle, sent et perçoit des impressions absolument comme le cerveau auquel tout à l'heure il était uni. On a, je ne l'oublie pas, à propos des faits de ce genre et pour les expliquer, retenu, de la doctrine erronée de Haller, le mot d'*irritabilité*, Un mouvement que provoque un choc, une piqûre, et qui a lieu, dit-on, sans sentiment ni conscience, c'est le résultat de l'irritabilité. Un autre mouvement provoqué de la même manière et qui a lieu, continue-t-on, avec sentiment et conscience, c'est de la sensibilité. Mais, comme on le sent bien, cette manière de résoudre la question n'est qu'une pétition de principe, et l'on n'a fait que la poser. Acceptons-la donc posée ainsi.

Il y a une première proposition, un premier fait plutôt à énoncer, que ne contestera aucun philosophe, mais que méconnaissent et qu'obscurcissent, comme nous l'avons déjà vu, de la manière la plus étrange, un grand nombre de physiologistes. Il n'y a sensibilité que là où il y a sentiment, conscience, le moindre degré de conscience ; une impression non sentie n'est une impression que pour les yeux qui la voient, ou l'esprit qui la suppose ; mais l'esprit lui-même ne la perçoit pas. Ce sont là notions vulgaires qu'on ne devrait pas avoir à rappeler. Or, cette sensibilité, ce commencement, ce premier degré de conscience, nous en trouvons le type en nous-mêmes, car il est nous-mêmes, mais nous ne le trouvons pas ailleurs. Nous pouvons, par induction, le transporter, l'attribuer à d'autres créatures, à celles surtout de notre espèce ; mais encore une fois nous ne l'y saisissons pas ; nous ne sommes sûrs, ce qui s'appelle sûrs, *clamante conscientiâ*, c'est le cas de le dire, que de notre propre sensibilité.

©BIUM

Mais en même temps que nous avons conscience et certitude de notre sensibilité, nous avons aussi sinon conscience, sinon certitude, au moins l'idée, le concept d'un état, d'une manière d'être, qui ne soit pas de la sensibilité. Nous avons cette conception, parce que nous savons qu'en nous-mêmes se passent des faits très nombreux et très appréciables, dont rien, ce semble, ne se résout en sentiment, rien ne parvient à la conscience. Nous avons de même et encore plus la même idée et la même conception pour une foule de faits qui ont lieu en dehors de nous et dans des corps étrangers au nôtre. Je ne parle pas même des corps qui appartiennent au règne inorganique, et auxquels non-seulement le sens commun, mais l'induction la plus hasardeuse ne permet pas d'attribuer la moindre sensibilité. Mais toute une bonne moitié au moins de la nature vivante, sa moitié végétale, nous paraît pouvoir et devoir être dans ce cas d'une existence non sentie. C'est là au moins notre conception, et la conscience du genre humain continue et continuera, en dépit de toutes les hypothèses, à donner raison, sur ce point, à Aristote contre Empédocle, Anaxagore et Platon.

Or, cette sensibilité dont nous portons en nous seuls le type, et que d'un autre côté nous sentons et savons ne pas exister toujours et partout, en nous-mêmes comme au dehors de nous, cette sensibilité, qu'est-ce qui nous porte à croire que dans d'autres êtres que nous elle existe ou n'existe pas ?

Ce qui, par induction et en quelque sorte extrinsèquement, nous porte à croire, chez les autres êtres, à l'existence de la sensibilité, ce sont, pour prendre la formule la plus générale, des mouvements provoqués par une stimulation. Ces mouvements, nous les regardons comme d'autant plus certainement liés à un acte de la sensibilité et à une réplique de la motilité, qu'ils ressemblent davantage à ceux dont nous avons en nous-mêmes le sentiment ou la conscience ; qu'ils s'accomplissent dans des conditions semblables ou analogues à celles dans lesquelles nous-mêmes nous les exécutons ; enfin qu'ils ont lieu

©BIUM

dans des êtres plus semblables à nous, plus voisins de nous dans la série des êtres vivants, ou plus exactement dans celle des animaux.

Assurément, lorsqu'on a soumis un pauvre animal à une mutilation plus ou moins grave, et, à plus forte raison, à la décapitation, on l'a placé dans des conditions bien différentes de celles dans lesquelles il est habitué à vivre et à exécuter ses mouvements. Toutefois, lorsque cet animal est un animal un peu inférieur dans l'échelle, d'une vie par conséquent plus rebelle aux mutilations, en voyant dans cet état quels mouvements il exécute, soit par provocation, soit même spontanément, on est presque invinciblement porté à penser qu'il est au moins possible et même, dans certains cas, très probable que ces mouvements ont lieu avec quelques lueurs de sensibilité. D'où la conséquence physiologique que ce qui reste du système nerveux central en l'absence du cerveau est une condition suffisante de ce reste de sensibilité. Mais lorsqu'on arrive aux animaux tout à fait supérieurs, et à celui qui est plus qu'un animal, à l'homme, ces mouvements de l'état de mutilation, qui ne sont jamais provoqués, et qui, à moins des stimulations les plus violentes, sont légers et de courte durée, font à peine naître dans l'esprit l'idée de sensibilité. Cette sensibilité, s'il en est resté quelque chose après la décapitation, a vu ses derniers éclairs briller et s'éteindre dans le cerveau, dans la tête. Le tronc y est probablement resté étranger. Quelques mouvements de ce tronc, soit spontanés, soit provoqués, encore une fois n'indiqueraient pas le contraire. Ces mouvements ne sont tout probablement que des mouvements automatiques semblables à ceux qui, pendant la vie, ont lieu spontanément, mais sans conscience; à ces mouvements, dont l'âme semble se retirer par intervalles, après y avoir habitué et comme lancé le corps.

La conclusion à tirer de là, pour la question qui nous occupe, c'est que, chez l'homme, qui seul ici est en cause, la moelle épinière, la partie du système nerveux central affectée au tronc, ne reste point, une fois qu'elle est séparée de la tête

©BIUM

et du cerveau, la condition organique de la sensibilité, du sentiment même le plus obscur du moi et de l'existence. A plus forte raison peut-on en dire autant du reste du système nerveux. Pour que les parties de ce système, distinctes de l'encéphale, soient ou puissent être considérées comme des foyers, soit permanents, soit accidentels, de sensibilité, il faut qu'elles soient ou restent unies à cet organe. Mais aussi, à cette condition, leur participation à l'exercice de la sensibilité semble être la légitime expression des faits. En d'autres termes, et comme dernière conclusion, qui répond plus particulièrement à l'objet de cette discussion, dans l'état normal, chez l'homme intact, vivant et sentant, tout le corps, tout le système nerveux semble être à la fois la condition organique de l'activité de l'âme dans le fait général du moi ou de vie sentie ; condition principale et pour ainsi dire intellectuelle dans le cerveau ; plus sensitive dans la moelle allongée et épinière ; exclusivement nutritive, affective, passionnée dans les organes, dans les cordons et centres nerveux de la vie organique ; mais tout cela ensemble et par une sorte de coup de foudre, qui éclaire en même temps le corps et l'âme. Van Helmont a dit quelque part, dans ce langage d'illuminé qui était un reflet de la nature et de l'état de son esprit : « Sans doute l'âme est partout où est la vie. On peut toutefois la comparer au soleil, dont les rayons pénètrent partout, mais dont le globe n'occupe qu'un point dans les cieux (1). » En fait d'instrument de l'âme, ou même seulement de la sensibilité, le globe du soleil c'est la tête ou le centre nerveux encéphalique ; les rayons c'est tout le reste de l'arbre nerveux. Otez le globe de ce soleil, et s'il y a encore des rayons, il n'y a plus de rayonnement ni de la sensibilité, ni de la vie.

Tel est le compte qu'on peut se rendre de la manière dont le sentiment du moi, de la personne, à la fois spirituelle et corpo-

(1) *Ortus medicinæ*; *XLI*, *sedes animæ*.

©BIUM

relle, embrasse en même temps l'esprit et le corps, la tête, le tronc et les membres. Telle est l'interprétation à la fois psychologique et physiologique des faits psychologiques et physiologiques qui ont trait au fait général et complexe de ce sentiment de la personne.

Mais ce n'est là, on le sent bien, qu'une expression, une formule générale, et en quelque sorte préparatoire, à laquelle on ne doit pas s'en tenir. Il y a, au contraire, à la développer, et en la développant à l'affermir par des recherches qui se rapportent, au moins, aux trois points suivants. Le rôle d'abord du système nerveux et de ses diverses parties, dans ces communications, ces relations sensitives de tout le corps ou plutôt de tonte la personne. Le rôle ensuite de cet autre agent général, le sang, aussi répandu, aussi abondant, aussi vital peut-être que les nerfs et que la vie elle-même. Le rôle enfin, s'il en a un ici, de cet agent naturel, dont l'importance, en quelque sorte universelle, éclate et grandit tous les jours, mais dont les relations avec l'organisme humain sont loin d'être aussi claires et ont besoin d'être sérieusement et sévèrement étudiées, le fluide électro-magnétique.

La recherche de ces divers points difficiles des conditions matérielles de la sensibilité inférieure et générale, fera le sujet des chapitres suivants.

©BIUM

DU DÉLIRE DES AFFECTIONS

OU

DE L'ALTÉRATION DES SENTIMENTS AFFECTIFS

DANS LES DIVERSES FORMES DE L'ALIÉNATION MENTALE,

PAR

M. LE Dr AUZOUY,

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Fains (Meuse).

Les troubles psychiques qui précèdent, accompagnent ou suivent la manifestation de l'aliénation mentale, peuvent affecter simultanément ou séparément l'intelligence, la sensibilité, la volonté. Les désordres de l'esprit sont les plus constants : ce sont ceux qui caractérisent principalement l'état de folie, ils constituent le délire intellectuel. Les lésions de la volonté sont fréquentes chez les aliénés, et l'excellent travail publié par M. Billod dans les *Annales médico-psychologiques* sur ce sujet a très bien élucidé les questions qui s'y rattachent. M. Billod a qualifié ces lésions de délire des volitions. Quant aux altérations de la sensibilité, elles ont dans la pathologie mentale une importance réelle et incontestable : elles offrent à l'observateur le plus puissant intérêt. Ces altérations sont de deux ordres : les unes s'appliquent aux sensations, expression de la sensibilité physique ; les autres se produisent dans les sentiments, expression de la sensibilité morale.

La sensibilité physique a donné lieu à de savantes monographies, parmi lesquelles je citerai en première ligne l'ouvrage de M. Michéa sur le délire des sensations. Persuadé d'ailleurs qu'il serait téméraire à moi d'aborder le même sujet, j'ai choisi une voie parallèle, mais dans un cadre infiniment plus restreint, et je me suis uniquement proposé d'exposer quelques succinctes

©BIUM

observations sur le délire des sentiments affectifs. Puissent les études cliniques dont je consignerai les résultats, diriger sur ce sujet, encore un peu neuf, une plume plus habile et surtout plus expérimentée !

La sensibilité morale peut avoir pour objet des êtres matériels ou des êtres immatériels : elle peut s'appliquer aux choses ou aux individus. Voici comment M. Parchappe la définit et en décrit l'exercice, dans l'exposé de doctrine psychologique par lequel il a fait précéder son beau travail sur la symptomatologie de la folie :

« La réceptivité sentimentale n'a pas d'autre instrument propre que l'organe même de l'âme, le cerveau : pour elle, l'action des corps extérieurs et l'état de nos parties ne sont que des conditions occasionnelles de manifestation ; elle a pour condition essentielle le concours préalable et concomitant de l'intelligence, fournissant la notion d'un objet relatif au sentiment perçu ; elle a pour effet des sentiments, expressions de besoins se rapportant à la réalisation de rapports intellectuels et moraux pour l'accomplissement de la vie humaine, et ayant pour sanction naturelle la tristesse et la joie. »

La sensibilité morale a donc, d'après cet éminent écrivain, essentiellement besoin de la notion d'un objet relatif au sentiment perçu pour entrer en exercice, et il est évident que si cette notion lui manque ou ne lui arrive qu'imparfaitement, cette faculté se trouve paralysée ou entravée. Les sentiments, ainsi que je l'ai dit, se rapportent aux choses ou bien aux individus : ils émanent, quant aux choses, de la notion du bien et du mal, du beau et du laid, de la lumière et de l'ombre, du grand et du petit, du juste et de l'injuste, etc. ; en un mot, ils se traduisent par l'appréciation des choses perçues, et sont le résultat des impressions artistiques ou morales. Relativement aux individus ou êtres moraux, les sentiments sont dominés par les impressions affectives, caractérisées à divers degrés par l'amour ou la haine. Les sentiments de cette nature constituent l'affec-

©BIUM

tivité, qui, on le voit, est une branche de la sensibilité morale mais n'est point son unique émanation.

Les objets relatifs aux sentiments affectifs à percevoir sont toujours des êtres moraux, mais ils sont néanmoins de plusieurs sortes. L'affectivité peut s'appliquer séparément ou simultanément : 1° à Dieu, 2° à l'individu lui-même, 3° à sa famille, 4° à ses semblables : — Dieu, la créature, la famille, la société.

Les sentiments affectifs sont tous louables, lorsqu'ils sont contenus dans de justes limites, mais aussitôt que ces limites sont franchies, ils cessent d'être compatibles avec la raison. Ils se transforment alors en aberrations qui constituent : 1° les *passions*, lorsqu'elles ne sont que passagères et reposent, à défaut de motifs, sur un mobile plus ou moins plausible, plus ou moins réfléchi ; 2° l'*état de folie*, lorsqu'elles revêtent un caractère de permanence et se produisent sans être provoquées par l'influence d'aucun stimulant rationnel.

Les troubles affectifs que l'état de folie offre à la constatation sont signalés par des altérations de qualité ou de quantité : en effet, l'affectivité peut conserver son intégrité ou être pervertie ; elle peut aussi subir dans son intensité de l'augmentation ou de la diminution ; elle peut enfin être abolie. L'observation la plus superficielle démontre l'existence de ces cinq alternatives dans les sentiments affectifs ; mais leur intégrité, qui est la règle chez les personnes qui jouissent de la plénitude de leur raison, devient l'exception chez les aliénés, et l'on verra bientôt à quelles minimes proportions se réduit cette exception chez les infortunés qui ont servi de base à mes recherches.

Étant posé que les sentiments de nature affective peuvent ou demeurer intacts, ou bien être viciés dans leur essence et leur expression, c'est-à-dire être pervertis ; qu'ils peuvent être exagérés, affaiblis, abolis, j'ai adopté pour mes investigations la classification suivante : *Intégrité*, *perversion*, *exagération*, *affaiblissement*, *abolition*.

Quoiqu'il y ait toujours dans la manifestation des différents

©BIUM

genres d'affectivité une certaine liaison, une certaine solidarité, et qu'il soit rare que l'un d'entre eux soit lésé sans que les autres participent dans une certaine mesure à cette altération, je ne crois pas inutile de développer succinctement les quatre espèces que j'ai admises :

1° L'affectivité, en ce qui se rapporte à Dieu, se traduit par l'amour, la reconnaissance et le respect, témoignés par des adorations, des honneurs, des cultes, dont la forme varie selon les religions. La *perversion* de ce sentiment donne naissance au blasphème, à l'apostasie : son *exagération* au mysticisme, à la religiosité, à la démonomanie, à la superstition : son *affaiblissement* au scepticisme, à l'incrédulité, au voltairianisme; son *abolition* à l'indifférence, au matérialisme, à l'athéisme.

2° En ce qui touche l'individu lui-même, elle se révèle par l'instinct de conservation, dont la *perversion* produit l'avarice, l'intempérance, les mortifications, les mutilations volontaires, le suicide ; l'*exagération*, l'égoïsme, la cupidité, la peur, l'orgueil, l'ambition ; l'*affaiblissement*, la prodigalité, la témérité, l'insouciance ; et l'*abolition*, l'apathie et l'inertie.

3° L'amour de la famille se lie à l'instinct de reproduction. Il comprend : l'attrait sexuel, l'amour conjugal, l'amour maternel et paternel, l'amour filial, et l'affection moins expansive, mais bien réelle cependant chez tous les peuples civilisés, qu'établissent les liens de consanguinité, et qui va s'affaiblissant à mesure que s'éloignent les liens du sang et que s'effacent la communauté du nom et les rapports de famille.

4° Enfin la sociabilité, ou amour de ses semblables, est l'effet de l'instinct de relation, et se traduit normalement par la politesse, la bienveillance, la pitié, l'estime, la reconnaissance, l'équité, la générosité, la considération, l'admiration, le courage, l'enthousiasme, le patriotisme, le dévouement.

Ces divers sentiments sont susceptibles d'exagération, d'affaiblissement ou d'abolition. Pervertis, ils s'appellent haine,

©BIUM

trahison, jalousie, érotisme, moquerie, mépris, dureté, orgueil, ingratitude, vengeance, lâcheté, penchant homicide.

Telles sont les manifestations ordinaires de la sensibilité morale au point de vue affectif : tels sont à peu près les troubles divers qui peuvent l'altérer. Mais pour apprécier nettement le degré d'altération qui survient chez les fous, il faut tenir compte de leurs idiosyncrasies particulières, car personne n'ignore combien l'affectivité varie dans son intensité, même chez les sujets doués de raison, et combien d'ailleurs l'éducation la modifie et la perfectionne. Le genre de maladie mentale et les phases successives d'une même lésion de l'intelligence influent considérablement sur le mode d'altération que subissent les sentiments affectifs. Dans la folie paralytique, par exemple, on remarque le plus souvent au début une exagération de ces sentiments, puis à mesure que la paralysie fait des progrès, on les voit successivement, selon les différentes idiosyncrasies, selon les diverses périodes de la maladie, pervertis, affaiblis, anéantis. Tous les autres genres de folie présentent de semblables alternatives, des progressions analogues, dans l'évolution du délire des affections, suivant le moment où l'observation se fait, suivant les individus qui en sont l'objet. Ainsi que le fait très bien remarquer M. Renaudin dans sa récente publication sur les recherches statistiques, la pathogénie est souvent complexe; elle emprunte quelque chose à plusieurs éléments à la fois, et il devient alors difficile d'exprimer en chiffres des conditions éminemment protéiformes. La pathologie mentale n'est pas moins complexe, à mon avis, que la pathogénie, car de même que pour les *causes*, il est nécessaire pour les *effets* si variables que révèle l'observation, de faire un choix et de s'attacher exclusivement au mode prédominant, à la manifestation pathologique la plus tranchée. C'est ainsi que j'ai procédé dans mes opérations statistiques au point de vue des lésions de l'affectivité.

©BIUM

Etudes cliniques.

Un médecin dont les opinions dans la science aliéniste ont une grande autorité, M. Falret, pense à bon droit que les questions relatives au traitement des maladies mentales ne sauraient être favorablement et utilement résolues si une observation attentive, commencée, s'il se peut, au sein même de la famille des malades et poursuivie dans les asiles qui leur sont ouverts, n'amène les praticiens, par la précision du diagnostic, à reconnaître les indications curatives, et ne leur suggère les meilleurs moyens de les remplir. Pénétré de l'importance du diagnostic, je me suis attaché à distinguer les nuances variées que présente le délire, et sans cesser de rendre hommage aux travaux déjà publiés sur les sentiments affectifs parmi lesquels ceux d'Alibert tiennent le premier rang, j'ai pensé que l'étude des altérations spéciales qu'ils subissent dans les diverses formes de la folie pourrait n'être pas complétement stérile.

Mes recherches embrassent une période de trois mois seulement, et portent sur 415 aliénés des deux sexes que j'ai traités pendant cet intervalle à l'asile de Fains. Je crois ce laps de temps suffisant, lorsqu'on connaît déjà un personnel d'aliénés, pour bien observer une seule face de leur délire, et je pense même que des recherches statistiques ainsi délimitées doivent être conduites avec une certaine célérité, pour éviter, autant que possible, des modifications pathologiques qu'un plus long délai ne manquerait pas d'amener. Par les raisons que j'ai indiquées, on ne pourrait obtenir que des résultats incertains, et quelquefois en apparence contradictoires, si l'observation des aliénés, relativement au délire des affections, était trop longtemps continuée. Il faut, pour ainsi dire, prendre sur le fait la modification que telle ou telle forme de l'aliénation mentale imprime à la sensibilité affective de chaque individu ; il est bon de saisir le délire affectif en état de flagrant délit, afin de baser sur un ensemble d'observations faites avec conscience et netteté

©BIUM

des catégories capables de satisfaire l'esprit, et des chiffres portant un cachet de sincérité et de certitude. Je me suis spécialement efforcé d'arriver à ce but dans mon travail, dont j'ai consigné les résultats dans le tableau suivant :

Altérations des sentiments affectifs.

FORMES DE L'ALIÉNATION.	Intégrité.	Perversion.	Exagération.	Affaiblissement.	Abolition.	Nombre d'aliénés.
1°						
Manie continue. .	2	10	15	6	3	36
Manie rémittente ou intermittente.	7	14	19	11	2	53
Monomanie. . . .	4	12	13	9	5	43
Lypémanie. . . .	6	27	22	16	2	73
1er *groupe.* Total.	19	63	69	42	12	205
Proportion sur 100.	9,26	30,73	33,60	20,48	5,80	
2°						
Stupidité.	»	1	»	1	2	4
Démence.	»	6	3	18	44	71
Folie paralytique.	1	2	1	2	8	14
Folie épileptique.	2	6	2	11	6	27
Imbécillité. . . .	8	6	2	34	21	71
Idiotie	»	1	»	8	14	23
2e *groupe.* Total .	11	22	8	74	95	210
Proportion sur 100.	5,24	10,47	3,80	35,23	45,23	
Total général. . .	30	85	77	116	109	415
Proportion sur 100.	7,20	20,40	18,55	27,95	26,26	

Il ressort, ce me semble, assez clairement de l'inspection de ce tableau que le délire des affections complique presque constamment le délire mental ; les exceptions à cet état de choses chez nos malades ne vont pas au delà de la proportion de 7,20 pour 100, c'est-à-dire *un* sur *quatorze.* En outre, il est douloureux de penser qu'un examen plus longtemps prolongé de la situation morale de ceux qui jouissent de cette immunité en réduirait assurément le chiffre déjà si minime. *Un*

©BIUM

cinquième de nos aliénés (20,40 p. 100) présente une *perversion* plus ou moins prononcée de la sensibilité morale, qui se trouve *exagérée* chez un nombre presque égal (18,55 p. 100). L'*abolition* complète des impulsions affectives se constate dans *plus d'un quart* (26,26 p. 100), de notre population, chez laquelle on remarque leur *affaiblissement* dans une proportion plus forte encore (28 p. 100).

Mais ce n'est point de l'ensemble des résultats qu'il faut surtout se préoccuper. Les chiffres particls afférents à chacune des formes particulières du délire mental fournissent des éléments bien plus caractéristiques d'appréciation, et permettent tout d'abord d'établir parmi elles deux groupes bien distincts. Sur les dix formes d'aliénation dont j'ai constaté l'existence dans l'asile de Fains, il en est quatre, la manie continue, la manie avec rémissions ou intermissions, la monomanie et la lypémanie, qui peuvent être regardées comme *surexcitant* l'affectivité, tandis que les six autres, la stupidité, la démence, la folie paralytique, la folie épileptique, l'imbécillité et l'idiotie, ont sur elle un effet éminemment *déprimant*.

Parmi nos malades atteints de lésions intellectuelles surexcitantes de l'affectivité, près d'*un dixième* (9,26 pour 100) a conservé la quasi-*intégrité ; trois dixièmes* éprouvent une *perversion ;* un *tiers*, une *exagération ; deux dixièmes*, un *affaiblissement* de leurs facultés affectives, lesquelles ne se trouvent *abolies* que chez *un vingtième* d'entre eux environ.

Parmi ceux au contraire dont les lésions mentales sont déprimantes, *un vingtième* seulement jouit d'un semblant d'immunité sentimentale ; la *perversion* se constate chez *un dixième ;* l'*exagération* ne se retrouve que dans une proportion insignifiante, *un* sur *vingt-six* environ. Mais *plus d'un tiers* a les sentiments *affaiblis* ou émoussés, et *plus de* 45 *pour* 100 n'en conservent *aucune trace*.

Pris ensemble ou isolément, tous ces faits prouvent que les plaies du cœur ne sont chez nos malades ni moins vives, ni

©BIUM

moins fréquentes, ni surtout moins intenses que les plaies de l'âme considérée sous le rapport intellectuel, et que le délire des affections n'exige pas moins de soins, de pénétration, de vigilance et d'attention de la part du médecin aliéniste, que les délires de l'intelligence, de la volonté et des sensations.

Indépendamment des documents collectifs qui précèdent, quelques faits particuliers recueillis, soit dans les asiles publics, soit dans la pratique extérieure, me paraissent devoir servir de complément à la démonstration des altérations pathologiques de l'affectivité dans les différentes formes de la folie.

Manie. — Les maniaques dont le délire est continu, aussi bien que ceux chez lesquels il ne survient que par accès, éprouvent en général une augmentation morbide de l'activité sentimentale, qui se traduit par la perversion ou par l'exagération.

I. M. B..., âgé de quarante-cinq ans, à la suite de la violente émotion que lui a fait éprouver l'obligation de statuer sur le sort de ses semblables, pendant qu'il remplissait les fonctions de juré aux assises de Saint-Mihiel, a été atteint de délire général compliqué de propensions irrésistibles à la violence et d'agitation incoercible. Les idées de haine, de meurtre et d'incendie le poursuivaient sans relâche. Cet homme, jusque-là doux et affectueux, s'est mis à proférer les menaces les plus horribles contre toutes les personnes qui l'approchaient, et pour lesquelles il était devenu un objet d'effroi. Sa femme, qu'il avait jusqu'alors aimée avec tendresse, lui était surtout devenue odieuse. Amené à l'asile de Fains dans un état de fureur et d'exaltation extrêmes, M. B... au bout de peu de temps a recouvré du calme, et il m'a été facile de constater les progrès du retour de la sensibilité affective, à mesure que les conceptions délirantes s'évanouissaient. Du moment où le malade a reconnu, un peu confus, le désordre mental auquel il venait d'échapper, et qu'il a demandé avec insistance à revoir sa femme, je l'ai jugé convalescent. Néanmoins il a été maintenu dans l'asile pen-

©BIUM

dant un temps d'épreuve suffisant pour acquérir la certitude de sa guérison.

II. Madame X. de B..., âgée de vingt et un ans, était convalescente d'une fièvre typhoïde des plus graves, lorsqu'un violent accès de manie aiguë se manifesta chez elle, et prit un caractère de continuité et d'intensité tel, que sa famille, d'après mon conseil, dut aviser à s'en séparer et à la mettre en traitement. Ce qui avait le plus frappé et affligé sa famille, c'était le trouble survenu dans les sentiments affectifs de cette jeune dame. L'amour qu'elle avait pour son mari avait fait place à l'aversion; la présence de sa mère lui était devenue importune, et celle de son jeune enfant tout au moins indifférente; elle le traitait comme s'il lui eût été absolument étranger. D'affable qu'elle était auparavant elle était devenue bizarre, capricieuse et colère, gourmandant à tout propos les personnes qui lui prodiguaient leurs soins. Après quelques mois de traitement, madame X... est revenue à la raison, et avec elle a reparu l'intégrité des sentiments de famille et de sociabilité.

III. R..., atteint de manie rémittente, est sujet à des emportements inoffensifs, mais très multipliés. Habituellement gai et bon travailleur, il s'anime soudain et quitte brusquement son travail pour chanter ou pour pérorer. Il semble s'honorer du titre de pensionnaire de Fains, et se reconnaît hautement comme aliéné. Il déclare que malgré cette tare il est susceptible du plus grand dévouement. Toutefois ce dévouement est singulier et banal à l'excès, car à entendre R... faire ses protestations expansives, on le trouve disposé à verser son sang ou même celui d'autrui pour l'empereur, le roi et la république, pour le préfet et le sous-préfet, pour son médecin et pour ses gardiens, pour ses amis quels qu'ils soient, et au besoin même pour ses ennemis. Ses sympathies ressemblent par leur versatilité à celles de ce garde national qui, recevant un sabre d'honneur, formulait ainsi ses principes politiques : « Ce sabre est le plus beau jour de ma vie! je jure de m'en servir pour

©BIUM

défendre nos institutions, et au besoin pour les *combattre!* » Les sympathies de R... sont donc extrêmement mobiles, et toujours en harmonie avec le genre de surexcitation qu'il éprouve. Quoique fort vives, elles n'ont pas plus de fixité que ses idées, qui manquent de suite et de liaison.

Dans les cas de manie que produit l'abus des boissons alcooliques (*folie ébrieuse*, *œnomanie*, *dipsomanie*), les sentiments affectifs subissent des modifications de nature variée. Chez presque tous les ivrognes ils s'exaltent outre mesure. Ceux-ci les exagèrent, et l'on dit d'eux qu'ils ont le *vin tendre:* ils font sans cesse des protestations d'amitié ; ils poussent l'attendrissement jusqu'aux larmes. Chez ceux-là au contraire, qui ont le *vin mauvais*, ces sentiments sont pervertis : ces dipsomanes deviennent irritables, colères, méchants, cherchent querelle à leurs femmes, à leurs enfants, à tout le monde, et se font du mal à eux-mêmes sous cette fatale influence.

Monomanie. — C'est principalement chez les monomaniaques et les lypémaniaques que la sensibilité morale parvient à l'apogée de la surexcitation. Le délire partiel étant circonscrit dans un petit nombre d'idées fixes, les lésions affectives qu'il entraîne sont presque constamment le reflet fidèle des préoccutions maladives. Le type de l'exagération ou de la perversion domine dans la plupart des cas de la folie partielle, qui, comme on sait, peut présenter les divers caractères propres à ce que l'on a qualifié de monomanies ambitieuse, religieuse, érotique, raisonnante, suicide, homicide, etc. Les hallucinations qui compliquent si fréquemment cette forme particulière de l'aliénation mentale, ne contribuent pas peu à imprimer aux phénomènes sensitifs des monomaniaques ce cachet de vivacité qui distingue leurs sentiments non moins que leurs sensations.

IV. Madame D..., âgée de cinquante-cinq ans, en traitement à l'asile de Sainte-Gemmes, se croit un pur esprit au niveau de la divinité, à laquelle par conséquent elle ne doit aucun

©BIUM

hommage ni adoration. Un jour, dit-elle, ayant tenté de se confesser, le représentant de Dieu sur la terre l'a trouvée si pure, si impeccable, qu'il a interverti les rôles et s'est confessé lui-même à elle. Madame D... a des extases et des hallucinations presque permanentes; Paris est à elle; elle possède tous les talents; elle a toutes les perfections en partage; ses paroles sont une poésie; sa voix une lyre. Son éducation dépasse prodigieusement celle de son sexe : elle a toujours *côtoyé* les hommes les plus *proéminents*. L'homme qui se présente quelquefois à l'asile comme étant son mari n'est qu'un vil imposteur: ceux qui se disent ses enfants lui sont complétement étrangers, puisqu'ils sont d'une nature infime, tandis qu'elle-même est saint Ambroise. Madame D... s'isole majestueusement et reporte ses affections déviées sur des êtres chimériques, imaginaires, que seuls elle croit dignes de ses sympathies.

V. Mademoiselle P..., âgée de vingt-six ans, présente un des cas les mieux accusés de la monomanie religieuse. Elle a souvent des hallucinations et des extases. Son exaltation est extrême, toutes les fois qu'on traite devant elle un sujet ayant quelque rapport, même éloigné, avec les choses du culte catholique. Dans sa correspondance, elle écrit en majuscules et respectueusement ornés ou soulignés les mots religion, messe, chères sœurs, etc. Lorsqu'il s'agit de Jésus-Christ, des anges, des saints ou des prêtres, elle ne trouve point de formules assez ampoulées pour retracer ce que ces mots lui inspirent : elle les trace sur le papier avec des ornementations et des fioritures qui trahissent l'exaltation de ses sentiments à cet égard. Il n'y a pas jusqu'aux mots bénédiction, confessionnal, qui n'obtiennent les honneurs de l'illustration à la manière de mademoiselle P.... Dès que cette aliénée entre dans une chapelle, elle ne se connaît plus, elle baise la terre et commet mille extravagances. Elle s'évade un jour, et comme on s'y attendait bien, on la retrouve aussitôt agenouillée dans un confessionnal voisin. Calme et laborieuse dans son état habituel, elle ne conserve qu'un sourire

©BIUM

stéréotypé, plein de dédain pour les personnes qui l'entourent, et motivé sur la pitié que lui inspire leur peu de sainteté. Mais dès qu'un seul mot met en jeu son délire, elle se lève, crie, gesticule, jure de mourir pour une religion que personne n'attaque ; elle aspire au martyre, veut à tout prix verser son sang, etc. Ses affections de famille, quoique très vives aussi, sont reléguées au second plan, car tout ce qui touche au culte, même le sacristain ou les chantres, l'emporte de beaucoup dans sa pauvre imagination.

Je pourrais, en multipliant les exemples, présenter les échantillons les mieux tranchés des aberrations de la sensibilité dans la monomanie envisagée sous ses différents aspects ; mais ce serait dépasser les limites que je me suis tracées, et je me borne à énoncer ce fait que, d'après mes observations cliniques, les modifications que subit cette faculté morale sont très variables dans le délire partiel, mais ne perdent que rarement le caractère de surexcitation que j'ai signalé. J'ai remarqué en outre que dans ce genre de folie l'exagération de l'affectivité s'applique particulièrement à Dieu ou à l'individu lui-même, tandis que sa perversion a plutôt pour objet la famille ou le prochain.

Lypémanie. — L'instinct de conservation le plus outré préside à la plupart des manifestations affectives des lypémaniaques. Le moi acquiert chez eux une importance devant laquelle pâlissent toutes les autres impulsions sympathiques. L'amour qu'ils éprouvent pour ce qui n'est pas eux-mêmes est ordinairement dévié, s'il n'est pas affaibli, et tout au moins il revêt un caractère particulier d'égoïsme. Les affections les plus sincères, les plus légitimes, les plus enracinées, changent de nature et ne sont plus que ce que les font désormais les hallucinations, les illusions et les préoccupations mélancoliques. Les lypémaniaques n'aiment point leur famille pour elle-même, mais bien pour eux seuls; s'ils aiment Dieu, c'est par la peur qu'ils ont de

©BIUM

l'enfer ; ils ont de la haine contre la société parce qu'ils voient des ennemis personnels dans chacun de ses membres.

VI. M. N..., âgé de soixante-deux ans, homme d'une éducation distinguée, était jadis vérificateur de l'enregistrement, et son caractère ne présentait alors qu'un peu d'excentricité, que son état de célibataire pouvait jusqu'à un certain point expliquer. Son vif désir de revoir ses amis d'enfance et de se retrouver au sein d'une famille chérie, qu'il ne voulait plus quitter, lui fit solliciter l'emploi, qu'il obtint, de receveur dans le chef-lieu de département où il était né. Peu de temps après, la mort de son père lui causa un chagrin si violent que son système nerveux, d'ailleurs très impressionnable, en fut profondément ébranlé. Abimé dans sa douleur, il se détermina à donner sa démission. Le désœuvrement vint alors imprimer une fatale direction à ses idées, désormais de plus en plus sombres : tout lui devint insupportable ; sa famille et ses amis lui furent à charge, il les suspecta et les prit en haine. Il se manifesta dans ses habitudes une instabilité qui le fit plusieurs fois changer de résidence, mais après un court séjour dans chaque lieu, M. N... était convaincu que des personnes acharnées contre lui mettaient dans ses aliments des substances délétères. Dans un moment d'exaltation il essaya de se couper la gorge avec un rasoir, et aussitôt, amené à Fains, il fut confié à M. le docteur Renaudin. Depuis quatorze ans qu'il est à l'asile, M. N... est sans cesse en proie à des hallucinations des cinq sens. Son délire n'a point varié, il se croit toujours en butte aux mêmes persécutions, aux mêmes inimitiés. Il voit et entend des gens soudoyés qui par des manœuvres secrètes, par des moyens physiques s'exerçant à distance, lui enlèvent jusqu'à la faculté de penser. On remplit sa chambre d'insectes invisibles qui lui font de cruelles morsures et exhalent une odeur infecte ; on lui fait absorber comme aliment la quintessence de mets exquis, mais il n'en a que le fumet et on les lui retire brutalement ; un de ses persécuteurs les plus obstinés cherche à le tenter en lui en-

©BIUM

voyant *sa cousine* le visiter, mais il se tient sur ses gardes, et pressent, dit-il, le piége qu'on lui tend; on lui fait manger des mets empoisonnés; on lui assène pendant son sommeil des coups de massue qui le laissent anéanti; la fureur de ses ennemis ou de leurs séides a été jusqu'à lui infliger une attaque d'apoplexie, à la suite de laquelle sa peau est demeurée collée à son gilet de flanelle, et il a été écorché vif en le retirant. Enfin il croit au pouvoir des mots cabalistiques et prétend qu'on en fait envers lui un abus révoltant. Il se dit le jouet de l'espèce humaine qu'il abhorre parce qu'elle est impuissante à le sauver des tortures morales et physiques que lui font éprouver ceux qui, gratuitement et sans provocation de sa part, se sont faits ses ennemis personnels. Il pense qu'on prolonge à dessein sa vie pour prolonger ses atroces souffrances, et quant à son frère, qu'autrefois il aimait beaucoup, il refuse aujourd'hui de le voir, affirmant qu'il est mort, qu'il l'a vu de sa fenêtre enterrer dans le jardin de l'asile, et qu'il le regrette peu parce qu'il le soupçonne d'avoir fait cause commune avec ses persécuteurs. D'après lui la Providence est aussi leur complice, et il n'a plus de refuge que dans le désespoir, la résignation et la misanthropie.

Démence. — Stupidité. — Imbécillité et idiotie. J'ai qualifié ces formes de la folie de déprimantes des sentiments affectifs. Comment comprendrait-on que la sensibilité morale pût être mise en jeu sans la notion d'un objet qui y serait relatif? Or dans la démence, dans la stupidité, qu'Esquirol a appelée démence aiguë, et dans la faiblesse ou la nullité mentales, la pénurie d'idées entraîne nécessairement la pénurie de sentiments. L'instinct de conservation a seul quelque empire sur les manifestations psychiques de ces infortunés, et encore chez ceux qui sont parvenus aux derniers degrés de la dégradation morale, à peine peut-on retrouver quelques vestiges de la conscience de leur personnalité. La voix de la nature ne se fait plus entendre chez ces êtres déchus, qui demeurent indifférents aux plus vifs

©BIUM

stimulants d'une faculté qui se trouve éteinte en entier dans leur cœur, et dont la ruine est la conséquence inévitable de l'oblitération de leur intelligence.

VII. Madame C. D..., âgée de trente ans, mère de quatre enfants, présenta, il y a deux ans, un trouble intellectuel assez léger, mais qui aurait dû être pris en sérieuse considération, en raison des conditions d'hérédité avec lesquelles il s'était produit. Maintenue dans sa famille, la malade y vécut un an avec son délire, et ce n'est que lorsqu'elle se fut jetée par la fenêtre, et qu'il fut constaté qu'elle mangeait des ordures, que l'on se décida à consulter un homme de l'art. Néanmoins elle ne fut amenée à l'asile de Fains que lorsqu'elle eut crevé avec une aiguille les deux yeux de son plus jeune enfant. Cette femme, habituellement souriante, est sujette aux plus mauvais penchants, mais elle est hors d'état de discerner le bien du mal. L'optimisme s'allie chez elle à l'insensibilité la plus complète. Elle est indifférente aux punitions comme aux bons procédés, aux soins affectueux de son mari, aussi bien qu'au triste spectacle que lui offrent les démentes qui l'environnent. Malgré la surveillance sévère dont elle est l'objet, elle trouve quelquefois le moyen de mettre en jeu ses penchants malfaisants, et la constatation du flagrant délit n'altère en rien la sérénité de ses traits. Elle présente la réunion de la perversité morale à l'oblitération de l'intelligence, et à la nullité des sentiments affectifs.

Quelques imbéciles, quelques idiots offrent parfois des vestiges d'affectivité. Parmi les premiers il en est un assez grand nombre dont l'organisation ne diffère pas très notablement de l'organisation normale, mais dont les facultés ont subi un arrêt dans leur développement. Ceux-là jouissent de leurs facultés affectives à un certain degré, mais ils demeurent toujours sous ce rapport bien au-dessous des personnes douées de la plénitude de leur raison. Depuis le sujet atteint simplement de faiblesse mentale jusqu'à l'idiot, il y a au point de vue des sentiments affectifs les mêmes nuances de dégradation qu'au point de vue

©BIUM

de l'intelligence. Si l'idiot éprouve quelquefois, en revoyant ses parents après une séparation, des mouvements de joie et de satisfaction, ces apparences de sensibilité ne sont guère que des éclairs très passagers après lesquels il retombe dans sa torpeur morale. Si enfin parmi les imbéciles les plus dégradés et parmi les idiots l'on voit quelques amitiés insolites, l'on est en droit de penser qu'ils obéissent en cela à un instinct machinal ou à une attraction automatique, car il est impossible d'admettre qu'ils puissent céder à un sentiment puisé dans une réflexion dont ils sont absolument incapables.

Paralysie générale. — Dans la folie paralytique, l'affectivité subit les mêmes alternatives que le délire mental. Avec les idées ambitieuses et l'agitation maniaque, les sentiments sont d'abord exagérés ou pervertis; la personnalité et les besoins de sociabilité acquièrent des proportions considérables et en harmonie avec le type dominant de la folie. Lorsqu'au contraire la démence et la prostration morale remplacent la surexcitation, les malades perdent progressivement leur impressionabilité, et arrivent peu à peu à une complète insensibilité. S'il survient dans leur état quelques intervalles à demi lucides, la sensibilité morale se réveille aussi momentanément et se révèle par des larmes. Pareille chose se remarque dans la démence sénile, et chez beaucoup de vieillards qui, sans être en démence, n'ont pu conserver les facultés de l'âge viril, on observe le même phénomène sensitif.

VIII. M. P..., âgé d'environ vingt-sept ans, naguère substitut à R..., y remplissait ces fonctions avec convenance et distinction. Sa misanthropie, qui était excessive, fut d'abord attribuée à un excès de cette réserve que commandent les délicates fonctions de la magistrature. Tout à coup ses allures changent, ses traits prennent une expression de gaîté extraordinaire, et ses collègues ne tardent pas à remarquer des excentricités dans sa conduite, des négligences inusitées dans son

©BIUM

service. Un jour où il devait porter la parole aux assises dans une affaire de meurtre involontaire, prudemment questionné sur ses réquisitions, il annonce qu'il va requérir la peine de mort. Ses collègues n'ont pas de peine, sous un prétexte futile, dont il se contente, à l'écarter du siége, où l'un d'eux le remplace. Le lendemain, M. P... se rend au cercle le plus fréquenté de la ville, fait une invitation en masse à tous les membres présents, dont un grand nombre n'avait encore eu aucune relation avec lui, pour une grande soirée dans son appartement de garçon, et il convie à sa fête jusqu'aux garçons de salle. Il fait à tout le monde des protestations d'amitié, des avances extravagantes. Son délire augmente de jour en jour : un embarras presque imperceptible de la parole survient, et le malade passe ses journées à écrire à divers fournisseurs pour leur faire les commandes les plus insensées. Ses nuits sont sans sommeil : il court à deux heures du matin réveiller un banquier auquel il demande cinq cent mille francs qu'il lui faut à l'instant pour épouser une demoiselle riche à millions. Il veut que ses amis, aussi nombreux que nouveaux, assistent à ses noces, qui seront princières.... Au bout de quelques jours, une réaction s'opère dans son état mental ; M. P... s'affaisse ; son délire prend peu à peu une teinte plus sombre et surtout moins expansive. Le malade est conduit dans une maison de santé, où la démence se déclare. Les sentiments, bientôt devenus plus tièdes, finissent par s'abolir, et ce malheureux jeune homme succombe, environ un an après, aux progrès de la paralysie générale.

Épileptiques aliénés.—La folie est l'une des conséquences ou des complications les plus ordinaires du mal caduc. Comme le fait remarquer M. Delasiauve, dans son savant *Traité de l'épilepsie*, « les diverses formes de l'aliénation mentale peuvent succéder à cette névrose, et alors elles s'imprègnent plus ou moins de la torpeur qui lui est propre. L'épileptique parcourt tous les tons de la gamme maniaque, depuis l'irascibilité la plus capricieuse,

©BIUM

l'excitation turbulente, jusqu'à l'incohérence et la fureur la plus déréglée. Il en est qui ont comme le vague instinct de leur impuissance et le sentiment de leur infirmité. Ils sollicitent la pitié par leur douceur, et la protection et la sympathie par les petits services qu'ils cherchent à rendre... La monomanie n'est pas étrangère à l'épilepsie, mais la lypémanie suit beaucoup plus souvent cette affection. La fascination et l'amère tristesse qu'elle entraîne sont très susceptibles de produire le dégoût de la vie, la propension au suicide. Une multitude de perversions instinctives prennent leur source dans des sentiments de haine, de jalousie, de penchants homicides, etc., anormalement surexcités. » Les maladies mentales dans lesquelles l'intelligence est plus ou moins oblitérée, la démence, la stupidité, l'imbécillité, la paralysie générale, compliquent très fréquemment l'épilepsie, soit qu'elles en émanent directement, soit qu'elles succèdent à quelqu'un des types ci-dessus mentionnés. Sous leur influence, le caractère s'affaisse, les impressions deviennent obtuses, les émotions à peu près nulles. La sensibilité morale éprouve dans les lésions intellectuelles qui compliquent l'épilepsie des modifications analogues à celles que lui impriment ces diverses lésions quand elles sont isolées, mais avec un certain cachet d'abrutissement uniquement dû à la redoutable névrose. L'intégrité des sentiments affectifs est fort rare chez les épileptiques : j'ai cependant pu en constater dans mon service deux exemples assez remarquables. Dans les cas nombreux où ils se trouvent pervertis, il est bon de signaler la soudaineté avec laquelle éclatent parfois les impulsions malfaisantes.

IX. M. A. M..., âgé de quarante-deux ans, maire d'une petite ville du midi, doué d'un esprit distingué, de mœurs aimables et d'un cœur chaleureux, fut tout à coup frappé d'épilepsie. Les accès, d'abord nocturnes, apparurent bientôt nuit et jour avec une intensité désespérante, et le rendirent un objet d'effroi pour ses amis et pour ses administrés. Son médecin, qui lui était uni par le double lien de la parenté et d'une intimité da-

©BIUM

tant de l'enfance, après avoir vainement épuisé les ressources de la thérapeutique, pensa que la distraction d'un voyage pourrait amener de meilleurs résultats. Il poussa le dévouement jusqu'à se faire son compagnon de route et son guide chez les notabilités médicales de Toulouse et de Montpellier, qu'il désirait consulter. Pendant leur séjour à Cette, M. A. M... sort brusquement de son lit pendant la nuit, et le docteur s'aperçoit qu'il fouille dans sa malle. Il s'enquiert du motif de la recherche, et il le voit tenant à la main sa boîte de rasoirs; *je cherche un rasoir pour t'ouvrir le ventre, parce que tu me trahis*, lui répond ce malheureux, chez lequel le délire a fait subitement explosion, de manière à nécessiter des moyens coercitifs qu'il n'était que trop urgent d'employer. Lorsqu'un semblant de rémission eut permis de continuer le voyage, M. A. M..., suffoqué de sanglots, demanda pardon à son ami de l'atroce menace à laquelle son cœur n'avait pris aucune part. Mais à Montpellier le délire reparaît avec plus de force; M. A. M... s'échappe de l'hôtel à demi vêtu, désarme un militaire, va souffleter un charretier, et poursuivi de toutes parts il s'élance du haut du parapet de l'Esplanade et se fracture une jambe. On le transporte dans la maison de santé de M. Rech où il passe plusieurs mois. La lypémanie s'empare de lui, et rentré dans ses foyers, il n'a plus que de l'aversion pour ses amis et pour son médecin dont la présence lui rappelle de pénibles souvenirs. Il supporte avec répugnance les attentions de son vieux père et de ses proches, et cherche à s'étourdir dans la débauche et l'abrutissement. Il néglige le soin de sa toilette, se laisse gagner par la vermine, et toujours sombre et hargneux, il ne tarde pas à succomber aux accès qui se succèdent presque sans relâche, à la suite d'orgies multipliées.

Les fastes de l'aliénation mentale chez les épileptiques ne sont malheureusement que trop riches en faits de ce genre, mais pour abréger, je ne ferai que mentionner le douloureux événement qui a naguères tant ému le corps médical et les mé-

©BIUM

decins aliénistes en particulier. Je veux parler de la triste fin de mon regrettable collègue M. le docteur Geoffroy, médecin en chef de l'asile d'Avignon, mort victime de son dévouement le 23 avril 1857, assassiné par un épileptique halluciné, au moment même où il lui prodiguait ses soins. Jusqu'alors cet aliéné n'avait montré aucune haine contre son médecin, envers lequel il avait même paru respecteux et reconnaissant. Une impulsion subite et irrésistible vint seule guider son bras homicide.

L'on ne saurait donc trop se défier des penchants soudains des épileptiques, quel que soit d'ailleurs leur calme apparent. L'aliénation mentale compliquée d'épilepsie est la plus redoutable, la plus incurable et la plus dangereuse de toutes les vésanies. La perversio ı des sentiments occasionnée par elle atteint ordinairement le plus haut degré d'intensité, et peut donner naissance à d'affreux malheurs, si les malades de cette catégorie ne sont pas l'objet de la plus étroite et de la plus rigoureuse surveillance. Sans les priver de cette précieuse ressource du travail, dont nos asiles doivent l'introduction et la généralisation à la bienfaisante initiative de M. Ferrus, je leur interdis néanmoins dans l'asile de Fains l'entrée des ateliers où l'on emploie des instruments piquants, tranchants, ou dangereux à manier. Contrairement aux autres aliénés qui sont debout pendant la visite médicale, ceux-ci demeurent assis et rangés sur une seule ligne afin que pas un de leurs mouvements n'échappe à la surveillance. Le médecin et les personnes qui l'assistent dans sa visite peuvent ainsi s'apercevoir du moindre geste et du moindre déplacement de leur part. Assurément il est glorieux pour le médecin d'affronter la mort en soulageant ses semblables, mais ce serait une témérité blâmable et une coupable incurie que de négliger volontairement les moyens de sécurité qu'une bonne discipline rend simples et faciles.

Je viens de passer en revue les divers types de la folie, et

©BIUM

d'étayer de quelques exemples, assez concluants selon moi, les modifications que chacun d'eux imprime à l'affectivité. Je crois qu'il demeure suffisamment acquis que les facultés affectives se trouvent presque constamment lésées chez les aliénés, et que ces lésions sont soumises au même mode pathologique que les altérations intellectuelles elles-mêmes. L'exaltation du délire mental entraîne l'exaltation du délire affectif, et la dépression du premier a pour conséquence à peu près inévitable la dépression du second.

Je ne terminerai point sans faire une remarque assez importante ; c'est que quoique généralement la perte de la raison soit la cause efficiente du délire des affections, il peut aussi quelquefois arriver que la trop grande vivacité des sentiments les plus naturels, les plus compatibles avec une saine intelligence, produise la folie. Un jeune avocat, d'une piété poussée à l'excès, heureux de l'amour de ses parents dont il est le fils unique, obtient la main d'une demoiselle dont il est éperdument épris, et ne pouvant supporter un bonheur aussi excessif, il perd la raison. Sa tête s'égare avant la conclusion du mariage, sans qu'il y ait chez lui aucune prédisposition héréditaire, et depuis cette époque, il traîne dans l'isolement son existence de lypémaniaque, demeure inaccessible à tout sentiment sympathique, et ne cesse d'être obsédé par des hallucinations et des terreurs chimériques. — Une mère de famille, mariant sa fille adorée, ne peut se faire à l'idée qu'elle ne sera plus désormais la première dans son cœur, et il résulte pour elle de cette douloureuse conviction un trouble momentané des facultés intellectuelles. Ces faits et tant d'autres qu'une expérience plus riche que la mienne a sans doute dû enregistrer, démontrent que l'altération du sentiment peut précéder l'aliénation, et que l'effet, assez rarement cependant, peut à son tour devenir la cause.

Enfin la volonté, chez l'homme dont la raison est saine, a incontestablement sa part d'influence sur la sensibilité morale, ou

©BIUM

du moins sur son expression et sa manifestation ; mais il ne saurait en être de même chez l'aliéné, toujours impuissant à résister aux suggestions de son amour ou de sa haine, toujours esclave, aveugle de ses impulsions.

Le délire des affections ne me paraît pas devoir différer essentiellement, quant à son traitement, du délire mental dont il procède ou dont il est concomitant. Le trouble affectif étant un épiphénomène ou une complication de toutes les formes de l'aliénation mentale, doit rentrer, en ce qui concerne les moyens curatifs, dans les règles ordinaires de la thérapeutique mentale. Toutefois il est permis d'affirmer que les moyens moraux ont à son égard une importance tout à fait prédominante et presque exclusive. Ils nécessitent néanmoins de la part des médecins aliénistes un surcroît de vigilance, de tact et de discernement.

©BIUM

Médecine légale.

DISCUSSION

RELATIVE

A LA PARALYSIE GÉNÉRALE,

PAR

M. le Dr H. GIRARD.

AFFAIRE DE MADAME M... (1).

Rapport de MM. Campenon et Lemoine.

La dame M..., en état de mandat de dépôt, a été soumise, le 21 mai 1854 et jours suivants, à l'observation de l'un de nous désigné par arrêté de M. le sous-préfet, en date du 20 du même mois, pour remplacer par intérim M. C. M... dans le service médical de la prison de Tonnerre. Transférée le 25 à l'hospice, elle y a été, depuis cette époque jusqu'à présent, tous les jours examinée par nous, soit ensemble, soit séparément; elle l'a été toute la journée par la religieuse chargée de la surveillance de la salle des femmes, qui nous rendait compte chaque jour de ses remarques et de l'état de l'inculpée.

Aux renseignements que nous avons ainsi réunis, et qui provenaient, soit de nos observations particulières et prolongées pendant deux mois, soit de l'examen de personnes continuelle-

(1) Suite et fin. Voir le numéro des *Annales médico-psychologiques* du mois de janvier 1856. — *Opinion sur la monomanie.*

©BIUM

ment en contact avec elle, nous avons joint ceux que pouvaient nous fournir la procédure, et principalement les pièces où nous pouvions puiser des éclaircissements sur l'état mental de ladite dame, sur son état de santé habituelle, en un mot sur les diverses conditions qui ont été l'objet d'un examen fait le 11 mars dernier, sur l'invitation de M. le docteur M. J..., par M. Girard de Cailleux, médecin en chef de l'asile d'Auxerre, et d'un rapport rédigé par lui le 19 mars suivant ; rapport dont les conclusions sont appuyées de l'avis de MM. Paradis et Ferrus. Nous avons enfin pris également connaissance d'un certificat délivré le 15 du même mois, par M. Cœurderoy, docteur en médecine, appelé par la famille à visiter l'accusée.

De cet ensemble d'investigations, nous avons extrait les faits qui nous ont paru les plus saillants et les plus propres à nous mettre à même de satisfaire au vœu de l'ordonnance du parquet. Nous les résumons pour en rendre compte en deux catégories : 1° ceux qui ont précédé l'arrestation ; 2° ceux qui l'ont suivie et qui sont à notre connaissance personnelle.

Madame M... est âgée de cinquante-cinq ans, *elle est née d'une mère qui s'est fait remarquer par des idées bizarres et par un amour de l'isolement poussé au point de ne jamais vouloir mettre le pied dans la rue, même dans les circonstances les plus solennelles de sa vie.* Elle s'est fait elle-même remarquer par son avarice, mangeant peu, se nourrissant mal, mal vêtue, défendant d'allumer du feu dans sa cuisine, où elle ne voulait voir ni chandelle, ni lampe, à moins d'absolue nécessité ; *aussi la pâleur de la face, l'amoindrissement des traits, l'amaigrissement du corps*, aspect sous lequel nous l'avons de tout temps connue, nous semblent-ils l'effet de privations de tout genre, qu'elle s'est toujours imposées ; elle eut aussi il y a vingt ans, suivant M. Girard, ou quinze ans, *au moins*, suivant M. M..., *une fièvre typhoïde ;* elle cessa d'être réglée deux ans après, ou seulement il y a dix ans, suivant le rapport de M. Girard. *La fonction menstruelle paraît en tout*

©BIUM

cas avoir fini brusquement. A partir de cette époque, elle commença *à ressentir un certain embarras dans la tête.* La veuve Lordereau, sa domestique, de 1828 à 1833, dépose que dès ce moment *elle avait souvent mal à la tête et à l'estomac, qu'elle menait une vie très sédentaire, se restreignant dans le cercle d'une existence uniforme, demeurant à l'écart de toute relation extérieure.* Dans ces dernières années elle eut de sérieuses préoccupations, les longues souffrances de son mari, par exemple, que précédèrent une opération grave subie par lui au mois d'avril 1853. *Les alternatives de crainte et d'espérance dont furent entremêlées les phases diverses de la convalescence, tout cela dut l'affecter profondément.* A peine la guérison se faisait-elle pressentir, qu'il s'éleva contre madame M... l'inculpation qui pèse sur elle.

Quelle a été l'influence de ces diverses circonstances sur son état intellectuel, et sur son cerveau?

Elle paraît, d'après les renseignements donnés par son mari, avoir éprouvé, à la suite de sa fièvre typhoïde et de la suppression des menstrues, de la difficulté dans les membres abdominaux.

Elle est arrêté le 2 mars. On conçoit quelle impression dut exercer sur elle une incarcération qui l'arrachait brusquement à sa famille, à une position sociale honorable et qui avait pour motif une inculpation dont ses interrogatoires des 25 février et 2 mars lui révélaient toute la portée.

L'un de nous la visite à la prison le 21 mars et la trouve dans l'état suivant: *elle est couchée et ne demande qu'à rester au lit, elle est pâle, affaissée par instants et par instants agitée, agitation qui se traduit par l'élévation brusque des bras ou par un décubitus précipité d'un côté ou de l'autre;* elle dit qu'elle *n'a point eu de sommeil depuis longtemps; qu'elle est parfois sur le point de s'endormir, mais qu'à peine assoupie, elle se réveille avec des battements de cœur : il n'y a cependant pas de lésion du côté de cet organe; elle se plaint de la tête*

©BIUM

où elle accuse une sorte de resserrement de bandeau au-dessus des yeux, autour des tempes; elle nous dit avoir des bourdonnements d'oreilles, un peu de surdité, ou moins de gaîté dans l'ouïe, on est obligé quelquefois de lui répéter la même question avant d'obtenir une réponse, qui du reste est toujours nette. Les pupilles sont également mobiles, sans dilatation anormale, sans différence dans l'une ou l'autre ouverture pupillaire.

Elle ressent des douleurs, des engourdissements dans les quatre membres; il lui semble que les bras et les jambes soient plus gros, elle les remue bien, et l'on n'y remarque pas de contracture, *elle a généralement froid aux pieds. Quand on la pince, elle dit qu'elle sent qu'on la touche, mais elle n'exprime pas une sensation en rapport avec l'excitation employée.* La langue est pâle, couverte d'un enduit muqueux humide; il n'y a pas d'appétit: elle se borne à prendre un peu de bouillon, un œuf, des pommes. Constipation; les urines sont faciles et rendues à volonté, plusieurs fois dans la journée.

La peau est chaude et moite, le pouls a 66 pulsations régulières; *de temps à autre on sent quelques soubresauts au poignet.*

Ce qu'elle accuse surtout, *c'est son mal de tête;* ce qu'elle demande, *c'est qu'on l'en débarrasse, elle prie même qu'on la saigne*, elle en prie son mari; on applique six sangsues derrière les oreilles et les sinapismes aux jambes.

Elle fut transférée à l'hospice le 25 mars, au soir, et voulut rester dans la chambre commune: plus tard, elle nous dira pourquoi.

C'est donc depuis le 26 mars que nous l'avons observée ensemble.

Madame M... continue à accuser de la céphalalgie, mais ce n'est pas un mal de tête fixé sur un point, ce n'est plus un bandeau, un resserrement au-dessus des yeux, *c'est un embarras général dont elle place le siége à la partie supérieure sur une*

©BIUM

assez grande étendue, *des bourdonnements d'oreilles*, jamais de chuchotements, ni *de douleurs vagues dans les membres; de la constipation, de l'inappétence; elle préfère toujours le lait, les pommes, les œufs*, et les aliments, pour être pris sans goût, ne sont pas pour elle sans saveur. Il nous est arrivé de lui faire donner du bouillon plus salé que d'habitude, et à son insu : elle l'a repoussé parce qu'il était trop salé ; les urines sont rendues volontairement, plusieurs fois par jour, rien de spécial de ce côté.

Elle n'est point *sourde*, et si, les premiers jours, il nous est arrivé plusieurs fois de lui répéter les mêmes questions, de n'avoir pas immédiatement la réponse, nous avons dû l'attribuer à la prédominance d'une pensée triste, qui l'absorbait, non à une lésion du côté de l'ouïe, ou à une altération déterminant l'oubli des mots ou l'embarras de la langue. Nous n'avons jamais observé qu'elle cherchât les expressions ou qu'elle coordonnât avec peine les différents membres d'une phrase.

La figure présente, il est vrai, un certain cachet de tristesse, mais nous ne remarquons pas de déviation du côté de la commissure de la lèvre gauche ; *s'il existe là quelque chose de particulier, c'est plutôt un défaut de symétrie, un trait*, qu'un symptôme pathologique.

Les pupilles sont également sensibles à la lumière, également dilatées, et se dilatent également sans différence dans leur contractilité.

Le pouls a communément marqué de 68 à 72 pulsations, *par moment* 75, *quelquefois*, mais rarement 60; toujours il a été régulier. Dans les premiers jours nous avons constaté quelques soubresauts, mais ç'a toujours été dans les instants où elle paraissait *plus troublée*.

La sensibilité est moins vive aux membres qu'au tronc, mais les excitations sont bien appréciées. Les mouvements des membres au lit sont plus faciles ; *ils étaient assez lents quand elle eut commencé à se lever*. Cependant sa marche *vacillante d'a-*

©BIUM

bord, est devenue plus sûre, à mesure que les forces reviennent, et qu'elle peut se promener au grand air. *Elle désire rester au lit, fait tirer soigneusement ses rideaux : elle veut s'isoler des autres malades.*

Elle met habituellement en avant *son manque de mémoire : « Je ne me rappelle pas, je ne me souviens de rien, vous demanderez à madame M.... » Telles sont souvent dans cette première période ses seules réponses.*

Jamais elle n'a laissé voir qu'elle fût dominée par l'idée de prendre, de ramasser.

On emploie dans le principe des ventouses scarifiées, des prises de calomel à doses fractionnées.

Après un séjour de quinze jours à l'hôpital, *elle se plaint moins de la tête, quoiqu'elle ressente toujours quelque chose de ce côté :* elle cause avec plus d'abandon, prie la religieuse de rester plus souvent auprès d'elle, *nous parle de ses affaires, nous demande quand elles doivent finir, nous dit qu'elle ne peut plus rester dans cet état d'incertitude et de tourment, qu'elle pense continuellement à ces sortes de choses, qu'elle ne repose que quand ces pensées s'éloignent un moment, qu'aussitôt qu'elles lui reviennent, elle est bouleversée, oppressée, que c'est au point que si elle était seule dans une chambre particulière, elle en finirait peut-être, qu'elle n'en a cependant pas envie, mais que c'est pour cette raison qu'elle n'a pas voulu de chambre particulière.* Elle nous prie de presser M. le juge d'instruction de hâter son interrogatoire, *si ce n'est pas bientôt fini, ce n'est pas lui qui finira.*

Sur notre observation que sa santé seule est cause de ces retards, *que son défaut de mémoire* s'oppose à ce qu'elle puisse donner des éclaircissements, puisqu'elle ne saurait dire le jour ni l'année où elle se trouve. « Je suis bien assez forte pour répondre, dit-elle, *le jour où je suis, je n'en sais rien, parce que je n'y fais pas attention ;* si j'ai dit que nous étions en 1853, je puis bien me tromper, je n'ai pas reçu depuis un an. »

©BIUM

Son interrogatoire eut lieu les 6, 8, 9, 10, 12 et 13 mai. Cette formalité accomplie, nous n'eûmes point de symptômes particuliers à signaler, elle eut un peu plus de calme pendant plusieurs jours, causait plus longuement, mangeant avec plus d'appétit, se promenant avec plus de facilité dans ses mouvements.

Dans l'appréciation des antécédents de madame M... et dans le cours de notre observation sur son état actuel, avons-nous trouvé les éléments nécessaires pour adopter l'existence d'un ramollissement cérébral?

Un premier fait, c'est que jamais chez madame M... on n'a observé le moindre désordre du côté de l'intelligence : or le trouble des facultés intellectuelles est un des principaux symptômes précurseurs du ramollissement cérébral, un des symptômes constants de son existence.

Un autre symptôme, c'est l'embarras de la parole ; or, nous avons toujours entendu madame M... s'exprimer avec facilité et sans hésitation, *excepté les premiers jours où elle en était privée par l'excitation que son arrestation devait naturellement produire en elle*. Sachant ce qu'elle voulait dire, elle s'est toujours exprimée avec facilité et nous en a donné des preuves émouvantes dans ces derniers temps où, vaincue par l'ennui et la tristesse de sa position, elle nous priait chaque jour de hâter les conclusions de son affaire.

Ces dernières circonstances en nous montrant combien elle était soucieuse de l'inculpation sous laquelle elle était placée, soucieuse du présent et de l'avenir, nous ont démontré *que sa mémoire n'était pas profondément lésée*. Les dépositions recueillies dans l'instruction, les réponses consignées dans l'interrogatoire définitif, n'indiquent pas un défaut *complet* de mémoire, portant particulièrement sur des faits de date récente.

La céphalalgie est encore un des symptômes du ramollissement cérébral ; *mais déjà en* 1828 *elle s'en plaignait*, et si ce

©BIUM

symptôme était précurseur du ramollissement cérébral, on ne peut admettre qu'il y fût lié dans l'espèce.

En l'absence de tout autre signe du côté des organes excréteurs, *la diminution de la faculté de se mouvoir*, *la diminution de la sensibilité des membres* n'est pas non plus un signe de ramollissement cérébral chez une personne habituée à manger peu, à vivre seule, à s'imposer toute sorte de privations, à ne prendre aucun exercice, absorbée par la passion qui la possède, au dire de tous ; on conçoit très bien dans ces conditions, sans altération du cerveau, une altération dans les facultés de sentir et de se mouvoir.

Quelques symptômes peuvent bien indiquer un état de congestion lente habituelle, mais leur ensemble exclut pour nous l'existenee d'un ramollissement.

Suivent les conclusions rapportées dans l'article précédent.

Le rapport de MM. les docteurs Campenon et Lemoine, m'ayant été communiqué par la famille, je délivrai le mémoire suivant :

Vous m'avez donné connaissance du rapport de mes honorables confrères Campenon et Lemoine sur la situation mentale de madame M...; je dois vous avouer que la lecture attentive de ce document, loin d'ébranler mes convictions sur l'état physique et moral de cette dame, les a, au contraire, complétement confirmées.

Et d'abord, au dire de ces messieurs, les considérations examinées au même point de vue mènent à des conclusions qui ne sont pas identiques. Ils se fondent sur ce que M. Ferrus désigne sous le nom de grave affection cérébrale la maladie de madame M..., tandis que M. Cœurderoy l'attribue, soit à une prédisposition organique que l'âge critique aurait fait progresser, soit à une irritation du cerveau et de ses membranes, et par suite à une inflammation, puis à un commencement de ramollissement ; enfin sur ce que, selon mon opinion et celle du docteur Paradis, madame M... serait atteinte d'un ramol-

©BIUM

lissement du cerveau ; d'où ils concluent à une contradiction.

Je ne vois là aucune contradiction dans l'appréciation de la maladie de madame M...; en effet, quel est le médecin qui ignore les dissidences d'opinions relatives au point de départ de la paralysie générale. Ne sait-on pas que Bayle plaçait le point de départ dans les membranes du cerveau, que M. Calmeil et le professeur Lallemant avec M. Morel citent un certain nombre d'observations prouvant que cette affection peut commencer par la substance cérébrale. C'est par le fait d'une profonde science qui rend toujours prudent, que M. Ferrus, tout en m'écrivant qu'il partageait complétement mon opinion sur l'état de madame M..., a cru devoir se borner à indiquer l'affection grave du cerveau sans entrer dans l'explication de son mode de production et de sa nature. Ne sait-on pas encore que certaines maladies peuvent se manifester, soit spontanément, soit sous l'influence d'une prédisposition organique à la moindre cause occasionnelle ; et l'âge critique n'est-il pas chez les femmes une condition puissante de ce développement?

Passant à une seconde appréciation, mes honorables confrères affirment que jamais on n'a observé chez madame M... le moindre désordre d'intelligence, et que le trouble des facultés intellectuelles est un des principaux symptômes précurseurs du ramollissement cérébral, un des symptômes constants de son existence.

Pour le premier point, je les prierai de me dire ce qu'ils entendent par le *trouble* de la malade, et par *la diminution de la mémoire ;* ce que signifient les phrases entrecoupées qu'elle prononce ? Quant au second, à savoir que le trouble des facultés intellectuelles est un des symptômes précurseurs constants du ramollissement, je leur ferai remarquer que des médecins d'un grand mérite ont constaté quelquefois une simple diminution dans l'intelligence coïncidant avec les premiers développements de cette maladie, et que parfois même, selon le docteur Baillarger, la paralysie précède cette diminution.

©BIUM

Dans une troisième appréciation, ces messieurs affirment qu'ils ont toujours entendu madame M... s'exprimer avec facilité, sans hésitation, excepté les premiers jours où elle était en proie à l'excitation que son arrestation devait produire en elle.

Or, dans leur examen à l'hospice, examen déjà éloigné du temps de son arrestation, ne se rappelle-t-on pas qu'ils ont eux-mêmes constaté qu'elle met habituellement en avant son manque de mémoire. « Je ne me rappelle pas, je ne me souviens de rien, vous demanderez à madame M.... » Telles sont souvent, disent-ils, ses seules réponses, et ils ajoutent que la préoccupation du présent et de l'avenir, leur a démontré que sa mémoire n'était pas *profondément* lésée, que son interrogatoire n'indique pas un défaut *complet* de mémoire.

Or, je le demande, peut-on répondre avec facilité et sans hésitation, quand on a, comme ils l'admettent, la mémoire lésée : car n'est-ce pas admettre la lésion de cette faculté, quand on reconnaît qu'elle n'est pas *profondément* lésée, quand on affirme que la mémoire n'est pas *complète*.

Dans une quatrième appréciation, ces messieurs reconnaissent bien que la céphalalgie est encore un symptôme du ramollissement cérébral : ce symptôme important, ils ne peuvent le nier ; il existe d'une manière trop évidente, et cela depuis trop longtemps, pour qu'il soit possible d'en douter. Or, est-il vrai que le siége et la nature de cette céphalalgie doivent exclure l'idée d'un ramollissement ? De ce qu'elle n'occupe pas un point fixe, et par conséquent de ce qu'elle est générale et variable, doit-on inférer qu'elle n'est pas propre au ramollissement du cerveau ? Ici l'expérience démontre de la manière la plus formelle que tantôt le ramollissement débute par un point du cerveau et s'irradie à sa masse : ce sont les cas les plus rares, on constate alors une douleur locale qui se généralise ; tantôt au contraire, et ce sont les cas les plus ordinaires, ceux qui se présentent avec la congestion cérébrale, comme dans l'espèce, la douleur

©BIUM

est plus générale et se manifeste d'une manière variable, soit sous la forme d'un resserrement de la tête, soit sous celle d'une chaleur à la partie supérieure du crâne.

Enfin la diminution notable de la faculté motrice, et celle non moins évidente de la sensibilité, les gênant encore, ils se rejettent, pour exclure la lésion du cerveau, sur l'existence des excrétions volontaires et sur un appauvrissement de la constitution par les privations et par la passion dominante de la malade.

Mais qui ignore aujourd'hui que les excrétions urinaires et fécales ne deviennent involontaires qu'à la troisième période du ramollissement, alors que les contractures dont ils n'ont point trouvé de trace se rattachent à cette période.

Il est vrai que la vie sédentaire, les privations, après avoir surexcité d'abord le système nerveux, diminuent la sensibilité en déterminant de graves désordres dans ce système comme ils existent dans l'espèce (1), mais cela vient à l'appui et non pas à l'encontre de la thèse que nous soutenons.

Mais les conclusions vont paraître plus étonnantes encore : ainsi, au dire de ces messieurs, l'intelligence n'est point diminuée, et ils admettent, comme nous venons de le dire, que la mémoire est lésée, que la sensibilité est amoindrie.

Or, comment concilier cette intégrité de l'intelligence avec cette diminution de la mémoire, de la sensibilité, quand tous les physiologistes reconnaissent que la sensibilité est toujours en rapport avec le degré de l'intelligence, et le plus ou moins de concentration de l'attention ?

Au dire de ces messieurs, le cerveau n'est pas altéré, quand une page plus haut, ils constatent que quelques symptômes peuvent bien indiquer un état de congestion lente et habituelle ; quand ils affirment que madame M... a été affectée, le 2 mars,

(1) Voyez Chossat, *Recherches expérimentales sur l'inanition*, etc. Paris, 1843.

©BIUM

d'une congestion sanguine du cerveau, et qu'elle en était encore atteinte à son entrée à l'hospice, le 26 mars; comme si un organe aussi délicat que le cerveau pouvait offrir les traces d'une congestion lente et habituelle, sans modification dans sa substance et, partant, sans altération.

Il n'y a pas, à leur dire encore, de perturbation du raisonnement, comme s'il était possible qu'une femme qui offre un défaut de mémoire, qui est sous l'influence d'une congestion lente et habituelle du cerveau, qui s'arrête dans ses phrases, qui ignore le jour, le mois et l'année où elle se trouve, qui craint de se livrer à un acte de suicide et se fait surveiller pour l'éviter, à laquelle on est obligé de répéter plusieurs fois les mêmes questions, qui a la tête troublée, et qui a des instants où elle paraît plus troublée, pût offrir une absence de perturbation du raisonnement. Je ne connais aucun cas de ce genre.

Quel est le médecin aliéniste qui ignore aujourd'hui que la monomanie peut exister avec toute l'apparence de la raison? Quel est le médecin qui ne sait pas que, frappé de cette apparente raison avec des actes évidents de folie, le vulgaire a donné à cette grave et dangereuse maladie mentale le nom de *folie raisonnante* (1).

Pourquoi donc torturer ainsi des symptômes et des faits qui trouvent leur explication si naturelle dans l'existence d'une affection si bien étudiée, si connue de nos jours?

Pourquoi? parce que, obéissant à leur conscience et à leur talent d'observateurs, MM. Campenon et Lemoine font ressortir les symptômes de la maladie, et que subissant, malgré eux, la pression de l'indignation publique, ils reculent devant les conséquences des faits qu'ils ont si bien constatés.

Pour nous, placé en dehors de cette pression, examinons quelles sont les causes et quels sont les symptômes de la para-

(1) Voyez Pinel, *Traité sur l'aliénation mentale*, p. 93, § 110.—Esquirol, t. I, p. 398, 399, 400; t. II, p. 49.

©BIUM

lysie générale; si les causes relatées dans ce mémoire ne se rapportent pas à cette terrible affection, si les symptômes exposés ci-dessus n'en établissent pas l'existence.

Parmi les principales causes de paralysie générale signalées par les auteurs, nous citerons : 1° les prédispositions héréditaires fondées par les maladies nerveuses existant chez les ascendants ; 2° les préoccupations vives, les veilles, les chagrins, les émotions trop fortes ; 3° les orages de l'âge critique ; 4° la fièvre typhoïde ; 5° la monomanie que la paralysie complique ou termine, et par-dessus tout, la congestion cérébrale. Ainsi, dans son *Traité sur le ramollissement du cerveau*, M. Durand-Fardel fait jouer à cette dernière cause un rôle si important, qu'il la considère comme la condition essentielle de cette altération ; M. Bouchet (de Nantes) ainsi que M. Baillarger, ont émis la même opinion.

Or, il est facile de se rappeler que ce sont là précisément les causes dont on a constaté l'existence chez madame M...

Quels sont les symptômes caractéristiques de cette redoutable affection ? Je citerai les passages suivants de MM. Bayle et Morel sur les premiers phénomènes du ramollissement ou paralysie générale :

Changement dans l'état des fonctions cérébrales et motrices survenant ordinairement après une attaque plus ou moins violente de congestion cérébrale ; se manifestant d'autres fois d'une manière lente et progressive, mais dans les deux cas par des symptômes de congestion sanguine presque toujours dans les vaisseaux de la pie mère.

Très souvent les malades perdent la mémoire, ont des distractions et des absences ; leurs facultés s'affaiblissent d'une manière très marquée ; ils s'acquittent mal des travaux habituels, ou même deviennent incapables de toute occupation sérieuse, de toute fonction qui demande la plus légère attention. Ils se plaignent d'avoir la tête lourde et embarrassée, d'éprouver des étourdissements et quelquefois des assoupissements

©BIUM

continuels qui les obligent à lutter sans cesse contre le penchant qui les porte à dormir. On remarque fréquemment un léger embarras de la langue, qui se manifeste dans certains moments par de l'hésitation et de la lenteur dans la prononciation de quelques mots.

Ce symptôme, qui survient le plus souvent à la suite d'une attaque de congestion, se dissipe quelquefois au bout d'un assez court intervalle pour revenir ensuite, surtout lorsque l'attaque se renouvelle ; il n'est pas rare aussi de remarquer un peu de difficulté dans les mouvements des membres inférieurs.

J'ai remarqué souvent, dit M. Morel, dans l'évaluation de la paralysie générale, des changements progressifs dans le caractère, qui alternaient ou coïncidaient avec des névralgies périodiques ; ces changements se signalaient par des perversions plus ou moins bizarres, par des humeurs misanthropiques, par des affaiblissements progressifs de l'intelligence, et enfin *par des actes* qui ont plus d'une fois dépassé les limites de la morale, puisque les individus ont dû subir des peines correctionnelles ou infamantes : il n'est pas d'asile d'aliénés qui ne contienne des malades de cette nature, qui ont fait de la prison préventive.

Mais comment se traduit le ramollissement ou la paralysie générale confirmée, si ce n'est par un affaiblissement de plus en plus progressif de la mémoire, de l'intelligence et par la diminution de la sensibilité des organes des sens, par l'affaiblissement des facultés motrices plus prononcé en général d'un côté que de l'autre. Or, que retrouve-t-on chez madame M..., si ce n'est cet affaiblissement de la sensibilité tactile, de la vue, de l'ouïe, du goût et des sensations internes ? Mes honorables confrères n'ont-ils pas reconnu la pâleur de la face, l'affaissement des traits, la démarche d'abord vacillante, l'engourdissement des quatre membres, la déviation de la commissure gauche des lèvres ? Ils se taisent sur l'affaiblissement plus marqué du côté gauche du corps, sur la diminution plus prononcée

©BIUM

de la sensibilité de ce côté ; mais ils ne le nient pas. Qu'on interroge madame M... sur ce point ; qu'on la fasse marcher !

Je sais encore qu'ils trouvent les deux pupilles également contractiles, quoique je n'attache pas à ce symptôme plus d'importance qu'il n'en mérite, puisque M. Ferrus a même négligé de le mentionner, puisque moi-même je me suis borné à dire que la pupille gauche m'avait paru un peu plus dilatée que la droite ; et quoique ce signe soit variable, il a été cependant constaté par mon honorable confrère le docteur Marie, qui depuis longtemps observe les aliénés avec sagacité. Enfin, je sais qu'ils ont nié la diminution de la sensibilité gustative, parce que madame M... a repoussé un bouillon trop salé qu'on lui avait administré ; mais n'existe-t-il pas des degrés dans la diminution de la sensibilité, et s'ensuit-il de ce qu'une forte impression est perçue désagréablement, que la sensibilité n'est pas amoindrie ? Quand on pince madame M... elle dit qu'on la touche, quand on lui donne un bouillon trop salé, ne peut-elle donc pas éprouver une sensation incommode ? Elle préfère toujours, disent ces messieurs, le lait, les pommes, les œufs ; mais M. Lasègue qui a soutenu une excellente thèse à la Faculté de Paris, dont il est membre, sur la paralysie générale, n'a-t-il pas fait remarquer que « ces malades se contentaient plus volontiers d'aliments » dont ils appréciaient moins la saveur ? »

Que constate-t-on encore chez madame M... au point de vue mental, si ce n'est ce défaut de mémoire qui l'empêche d'indiquer le jour, le mois et le millésime de l'année ; cette nécessité de faire de grands efforts d'intelligence pour coordonner ses idées, pour faire des réponses courtes et vagues ? Qu'observe-t-on dans son état mental, si ce n'est ces troubles que mentionnent même mes honorables confrères, troubles qui sont d'autant plus manifestes, qu'on se rapproche du moment où ont eu lieu les congestions, et qui s'accompagnent d'agitation et d'insomnie, d'une certaine fréquence du pouls, etc.

Sans doute, il est dans cette maladie, comme dans toutes les

©BIUM

autres affections, des périodes de rémittence où les symptômes sont moins prononcés, où la lucidité semble revenue ; ces rémittences, qui ont été signalées par tous les auteurs et qui ont quelquefois fait croire à la possibilité de la guérison, se manifestent même à la troisième et dernière période de la maladie. « Ces malades comprennent à cette époque, dit Bayle, les questions qu'on leur fait, lorsqu'elles sont courtes et claires ; pour peu qu'elles soient longues, on ne peut les leur faire concevoir : leurs réponses sont assez raisonnables, mais elles indiquent la plus grande faiblesse d'entendement ; leurs idées sont toujours très bornées et se rapportent à eux-mêmes. » Comment s'étonner dès lors que les réponses de madame M..., qui se trouve dans un état bien moins avancé de la maladie, soient souvent raisonnables ? Comment induire de ce que la malade se préoccupe beaucoup de la fin de son procès, qu'elle a l'intelligence parfaitement saine ? N'a-t-elle pas conscience elle-même du trouble de ses idées et du peu d'empire qu'elle exerce sur elle même, en demandant à la sœur qui la soigne d'être placée dans la salle commune et en la priant de la protéger contre ses propres égarements.

Que de fois n'avons-nous pas vu ces pauvres malades, appréciant eux-mêmes ce désordre de leur intelligence, nous prier de les préserver contre leurs propres tendances et finir par le suicide !

Comment s'étonner encore, ainsi que le font mes honorables confrères, de voir madame M... remuer ses jambes dans son lit, se promener même, avec un ramollissement du cerveau ? Ne sait-on pas que la paralysie n'est complète qu'à la troisième période, et que, jusqu'alors, les malades se promènent, marchent avec plus ou moins de sûreté ?

Pour MM. Campenon et Lemoine, la santé de madame M... n'est qu'affaiblie ; mais comment des hommes d'un mérite incontestable peuvent-ils émettre une semblable opinion quand ils admettent que les symptômes que présente madame M...

©BIUM

peuvent indiquer un état habituel de congestion lente du côté du cerveau ; quand ils ont constaté eux-mêmes cette congestion et qu'ils l'ont traitée ?

J'avoue que je désirerais savoir ce qu'ils entendent par affaiblissement de la santé coïncidant avec un pareil état.

Je conclus donc que la lecture attentive et réfléchie du mémoire de mes honorables confrères me confirme dans l'opinion que madame M... est atteinte non-seulement de monomanie (1), mais encore de paralysie générale avec démence.

(1) Je crois avoir démontré dans un précédent article, d'une manière irrécusable, que la paralysie générale de madame M... n'a été qu'un phénomène consécutif à la monomanie ; je ne reviendrai donc pas sur l'existence de cette monomanie, qui a été mise en évidence par l'exposition des actes d'extravagance, c'est-à-dire en désaccord avec les règles du sens commun, commis par cette dame.

©BIUM

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL DE LA NOMMÉE MARIE PONS,

INCULPÉE DE TENTATIVES DE MEURTRE.

ORDONNANCE DE NON LIEU.

PAR

M. LE Dr PONTIER,

Médecin préposé responsable de l'asile d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Nous, soussignés, d'Astros, médecin des prisons de la ville d'Aix; Goyrand, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et Pontier, médecin préposé responsable de l'asile d'aliénés de la même ville, requis par ordonnance de M. le juge d'instruction de l'arrondissement d'Aix, à la date du 10 juin 1855, à l'occasion de la procédure criminelle intentée contre la femme Marie Pons, inculpée de tentatives de meurtre, « de visiter la susdite détenue dans la prison d'Aix, de constater par tous les moyens possibles quel est l'état mental de cette femme, et, dans le cas où ils reconnaîtraient qu'il y a chez elle un état d'aliénation, de vérifier si cet état est complet ou partiel, pour pouvoir apprécier plus tard si, au moment où elle a commis la tentative de meurtre, elle a pu être sous l'influence d'un état d'exaltation d'esprit qui ne lui permît pas d'apprécier son acte. »

Afin de nous mettre en mesure de répondre avec connaissance de cause aux questions posées ci-dessus, le serment d'usage ayant été préalablement prêté, nous nous sommes rendus, le 18 juin, à la prison d'Aix, où nous avons soumis la prévenue à un examen attentif, et comme il ne nous paraissait pas suffisant pour nous éclairer sur l'état réel de ses facultés

©BIUM

intellectuelles et morales, nous avons jugé à propos de renouveler nos visites ensemble, et séparément, et avons constaté ce qui suit :

Marie Pons, célibataire, âgée de quarante-sept ans, exerçant la profession de repasseuse, est d'une taille ordinaire ; elle jouit d'une bonne constitution et d'un tempérament nervoso-sanguin. Son pouls est fréquent, et sa menstruation irrégulière semble annoncer la cessation de cette fonction physiologique. On ne remarque aucune difformité dans les diverses parties de son corps ; sa tête est bien conformée ; sa figure est régulière, le teint en est rouge, ses yeux sont brillants, et sa physionomie agréable laisse entrevoir, malgré son expression de vivacité, un fond de douce mélancolie. Depuis qu'elle est incarcérée, elle n'a cessé d'être dans un état de méfiance à l'égard des détenues qui habitent avec elle ; les surveillantes de la prison attestent qu'elle est d'une grande susceptibilité dans les rapports qu'elles ont avec elle ; que son sommeil est agité ; qu'elle est souvent éveillée ; qu'elle s'assied sur son lit et cause à voix basse.

Toutes les questions que nous aurions pu lui adresser sur ses habitudes, sur la nature de ses occupations et de ses relations dans le monde, se trouvent résumées dans la narration qu'elle nous a faite et que nous transcrivons ci-dessous :

« Je fis, il y a vingt-cinq ans, la connaissance d'un jeune homme qui m'aimait et auquel je m'attachai. Sa famille occupant un rang plus élevé et plus fortuné que la mienne, qui, pour toute ressource, n'avait que le produit de son pénible travail, mit un obstacle invincible à ses intentions matrimoniales. Admis, sur ses instances, dans la maison de mes parents, il leur promit de sanctionner son amour pour moi dès que sa position le lui permettrait ; nous nous fréquentâmes ainsi pendant plusieurs années. J'eus la faiblesse, après bien des résistances, de lui accorder mes faveurs, et de cette union illicite, il en résulta un garçon que son père reconnut. Par le déshon-

©BIUM

neur qu'il me procurait, cet accident me donna beaucoup d'inquiétude, et pour me réhabiliter aux yeux du public, je pris la résolution de cesser tous rapports immédiats avec mon amant. Je vécus ainsi pendant plusieurs années, traînant une misérable existence loin de celui que j'aimais tendrement, et dont la position de fortune ne pouvait permettre la réalisation de notre hymen qu'après la mort de sa mère, qui devait lui laisser une portion d'héritage d'autant plus considérable qu'elle le gratifiait par testament du quart disponible. L'heure fatale arrive enfin ; ma future belle-mère meurt. Une ère de bonheur semblait s'ouvrir devant moi et mettre un terme dorénavant à toutes mes souffrances ; mais, au moment où je commençais à me bercer des plus douces illusions, mon destin peu propice suscitait contre moi le mauvais génie de M. A..., notaire de cette ville, qui chercha par tous les moyens possibles à amener le désordre entre les divers membres de la famille de mon futur époux pour la conduire à un procès ruineux. Il y réussit complétement ; le testament de ma future belle-mère fut attaqué, annulé, et mon prétendu a perdu, non-seulement le quart qui lui était légué, mais encore la part qui lui revenait de droit. Non content de cela, M. A..., de concert avec le commissaire général de Marseille et un autre notaire de cette ville, m'a privé de la succession du nommé Bertot, général de l'empire, réfugié d'abord à Barcelone, où il avait acquis au jeu une grande fortune ; revenu ensuite en France, compromis plus tard dans l'affaire des quatre sergents de la Rochelle, condamné à mort par contumace et réfugié de nouveau à la Pointe-à-Pitre, où il est mort, en instituant pour héritier universel mon grand-père, qui, par droits généalogiques, m'eût successivement transmis la fortune dont il a été frustré. »

Interrogée plus particulièrement sur le fait qu'on lui impute, elle continua en ces termes : « J'habite une maison à Aix où il y a plusieurs locataires ; parmi eux se trouve la demoiselle B..., repasseuse comme moi, et la femme d'un crieur de nuit. Sous

©BIUM

l'influence de M. A..., dont elles sont les émissaires, elles suscitent contre moi toutes sortes d'entraves. Il n'est pas de provocations qu'elles ne me fassent et d'injures qu'elles ne m'adressent, entre autres celles d'être folle, de mener une mauvaise vie, etc.; elles m'ont menacée de me jeter du vitriol sur la figure; un jour même elles ont cherché à m'assassiner pendant que je descendais l'escalier. J'ai plus d'une fois porté des plaintes à la police, mais on ne m'a jamais écoutée; on m'a même repoussée en me menaçant de me faire enfermer. Exaspérée de ne pouvoir obtenir justice, et ayant entendu la veille du jour que je me suis vengée, la demoiselle B... disant à haute voix à son amie qu'elle finirait bien par m'arracher la vie, je sentis le sang me monter à la tête; j'éprouvais une agitation inexprimable. Je contins cependant les élans de ma colère, et je cherchai comme de coutume à l'apaiser en me mettant les pieds dans l'eau. Quelques instants après, je me trouvai en effet un peu plus calme, lorsque le hasard m'ayant fait mettre à la fenêtre, je vis venir mon ennemie jurée. Subitement saisie d'un trouble indescriptible, je descends l'escalier tenant en main un rasoir qui servait à me faire les ongles, et lui en donne plusieurs coups en lui disant : « Monstre? tu veux me faire périr: eh » bien! reçois la punition que tu mérites. » Cela fait, je cours tout émue à la police, j'y trouve M. le commissaire, et lui fis en ces termes la déclaration de ce qui venait de se passer: « Mon» sieur le commissaire, je suis souvent venue porter mes plaintes » sur les outrages que l'on me faisait et les dangers auxquels on » m'exposait, vous n'avez pas daigné m'écouter, il n'en sera pas » de même aujourd'hui; je viens de me venger d'un horrible » complot ourdi contre moi, ma vie étant compromise. Je me » suis rendu la justice que je n'ai pu trouver auprès de vous; » faites de moi ce que vous voudrez. »

Les renseignements fournis par la mère de Marie Pons et par des personnes dignes de confiance, établissent que son grand-père a été atteint d'aliénation mentale; ils démontrent qu'il

©BIUM

n'y a de vrai dans le récit qu'elle nous a fait que ce qui est relatif à son intrigue amoureuse et à ses conséquences fâcheuses ; que toutes les vexations dont elle se plaint sont dénuées de fondement, et ses espérances de grande fortune complétement vaines et illusoires. La mère de Marie nous rapporte, en outre, que quatre ans après l'accouchement de sa fille, son prétendu l'ayant abandonnée, eut une intrigue avec une domestique, dont il eut un enfant ; que sa fille ayant appris qu'il allait être reconnu par son père, entra dans une violente colère; que depuis lors elle était restée triste ; qu'elle sortait peu ; qu'en même temps apparurent sous forme d'acces des phénomènes hystériques qui se traduisaient par de l'oppression, par un sentiment de strangulation, par de violentes congestions à la tête, et que plus tard, enfin, *elle se mit dans la tête des choses qui n'avaient pas le sens commun.* La veille du jour de l'attentat, Marie était, au dire de sa mère, sous l'influence d'un accès plus violent que de coutume.

Les diverses pièces de la procédure renferment des dépositions reçues par le commissaire de police et les gendarmes, qui prouvent que Marie était considérée par les personnes qui avaient des rapports avec elle comme ne jouissant pas de la plénitude de sa raison ; que, sans aucun motif réel, elle cherchait querelle à ses voisins ; que plusieurs plaintes avaient été portées à la police contre elle ; que bien avant l'attentat qu'elle a commis elle avait exercé des sévices contre la demoiselle B..., à laquelle elle voulait couper le cou. Un témoin, remouleur de profession, atteste en outre qu'elle lui avait apporté une hache à aiguiser, et qu'elle lui dit qu'un notaire d'Aix, deux ou trois autres messieurs et le crieur de nuit voulaient lui ravir l'héritage du général Bertot ; que plus tard, enfin, elle se présenta de nouveau chez lui, en lui montrant un parchemin qu'elle disait être le testament du général ; qu'elle lui exprima sa satisfaction de recueillir une si belle succession, et lui témoigna le chagrin qu'elle éprouverait si elle en était frustrée.

©BIUM

M. le commissaire de police rapporta enfin que la prévenue, après la perpétration de son crime, s'était présentée à lui *dans un état d'exaltation fébrile;* qu'elle répondit aux questions qu'il lui adressa par *un déluge de paroles incohérentes;* qu'étant revenue peu à peu à elle, elle lui exposa les circonstances de l'acte auquel elle venait de se livrer à peu près comme elle nous les a racontées.

De nos propres observations et de l'examen attentif des renseignements divers que nous venons de consigner, il résulte pour nous la conviction qu'un élément morbide préside depuis longtemps à la manifestation de la plupart des actes de Marie Pons. Nous devons maintenant chercher à en dévoiler les causes, à montrer leur influence sur les facultés intellectuelles et morales de la prévenue, et à faire ressortir les effets que leurs modifications maladives devaient produire sur ses déterminations.

Marie Pons, jeune encore, s'abandonne à des sentiments d'amour excités chez elle par ceux qu'un jeune homme de son âge lui témoigne; elle comprend que par la position de fortune et la condition sociale plus élevées de celui qu'elle aime elle peut sortir de son obscurité. Elle entrevoit donc dans son union avec lui un bonheur d'autant plus grand, qu'à l'accomplissement de ses désirs amoureux se joint la satisfaction de son amour-propre. Malheureusement, des obstacles insurmontables empêchent la réalisation immédiate de ses vœux. Se confiant toutefois aux promesses de son amant, elle vit d'espérance, et, sous le toit maternel, entretient pendant plusieurs années des relations intimes avec lui. Jusque-là rien n'a troublé sa félicité; mais se pourrait-il qu'il en fût toujours ainsi? Le bien et le mal ne se succèdent-ils pas ici bas? Marie pourrait-elle se soustraire à cette loi commune de l'humanité? Non, elle devient mère, et dans des conditions qui portent atteinte à son honneur; elle sent la honte qui va retomber sur elle, et n'aperçoit de réparation possible que dans un avenir incertain. Dès cet

©BIUM

instant l'anxiété s'empare d'elle ; elle devient soucieuse, triste, aimant la solitude ; cette douleur morale qu'elle éprouve va devenir le point de départ, la cause efficiente de toutes les manifestations morbides qu'elle présentera dans la suite, et l'influence de celle-ci sera d'autant plus grande qu'elle sera secondée par la funeste prédisposition héréditaire où elle se trouve.

Plongée dans toutes les réflexions pénibles qu'elle fait sur sa position, quatre ans s'écoulent, pendant lesquels ses rapports avec son prétendu deviennent moins fréquents ; l'amour de celui-ci s'attiédit peu à peu, et une nouvelle intrigue vient ajouter à la douleur de la jeune Marie les angoisses de la jalousie. Elles déterminent chez elle des étouffements, des serrements de gorge et des symptômes de congestion vers la tête, phénomènes hystériques auxquels succèdent bientôt des signes évidents d'aliénation mentale. Marie Pons, en effet, perd le sommeil ; on la voit souvent parler seule, et sa mère remarque qu'*elle se met dans la tête des choses qui n'ont pas le sens commun*. Ce sont des idées orgueilleuses et ambitieuses qui apparaissent alors ; à cause de la similitude du nom de la famille de sa mère avec celui d'un haut personnage imaginaire, elle se figure avoir avec lui des rapports généalogiques et des droits à sa succession. La production des conceptions délirantes de cette nature, qui modifient si profondément l'expression générale du lypémaniaque, est un fait très remarquable. Il paraît au premier abord d'une explication difficile ; mais si l'on songe que nous sommes naturellement poussés vers tout ce qui peut nous procurer du bien-être, on conçoit que lorsque le malheur nous accable, nous cherchions à adoucir la douleur que nous en ressentons dans les idées consolantes que notre imagination nous présente, idées que nous considérons comme éventuelles tant que l'organe de notre pensée jouit de toute son intégrité, et à la réalité desquelles nous croyons, au contraire, lorsque la persistance de notre douleur y a amené quelque modification ma-

©BIUM

ladive. Marie Pons est dans cette situation ; accablée de chagrins incessants, son cerveau en a reçu une funeste influence; aspirant sans cesse à la réalisation de ses désirs, et comprenant que la position misérable où elle se trouve y met obstacle, elle se complait dans l'idée qu'elle a des droits à la succession d'un haut personnage ; subjuguée par cette conception illusoire, elle cherche à la faire valoir, consulte des gens d'affaires, qui, trompés par la vraisemblance de ce qu'elle leur dit, entretiennent son erreur, s'empare du premier parchemin venu qu'elle considère comme un testament qui lui assure la fortune qu'elle désire. Mais, hélas! elle a beau s'agiter, concentrer toute son activité intellectuelle sur l'objet qu'elle convoite !... Méconnaissant toujours davantage son erreur, elle s'irrite de ne pouvoir arriver à son but, et ne peut en trouver la raison que dans la supposition qu'elle a des ennemis qui s'y opposent. A sa conception ambitieuse succède ainsi logiquement la conception de persécutions imaginaires. Ses ennemis sont nombreux, elle les connaît ; c'est surtout un notaire recommandable de la cité, qui a des émissaires multipliés sous ses ordres, et dont les principaux sont la demoiselle B... et la femme d'un crieur de nuit, ses colocataires. Celles-ci complotent sans cesse contre elle ; elles la provoquent constamment, lui lancent du vitriol sur la figure, la traitent de folle, elle qui croit jouir de tout son bon sens. Elle les entend souvent parler du projet d'assassinat qu'elles ourdissent contre elle. Jouet de ses hallucinations visuelles et auditives, elle croit sa vie en danger, va porter ses plaintes à la police, où, loin d'obtenir justice, on la menace de la faire enfermer. Elle poursuit néanmoins ses démarches, s'adresse au procureur impérial, à l'empereur même, sans arriver à un résultat plus satisfaisant. Elle ne peut cependant supporter plus longtemps les persécutions dont elle est l'objet ; il lui faut une réparation, qu'à défaut de protection légale, elle ne peut dorénavant trouver que dans sa propre vengeance. Sous l'influence de ce sentiment, on la voit, pour des motifs imagi-

©BIUM

naires, exciter des querelles avec ses voisins, et parmi eux la demoiselle B..., qui projette son assassinat, aura le privilége d'attirer tout son ressentiment. C'est contre elle, en effet, qu'au dire de témoins respectables, elle a exercé avant l'attentat qu'on lui impute des sévices graves ; c'est à elle qu'elle manifeste son intention de lui couper le cou avec la hache qu'elle porte chez le remouleur dont nous avons parlé. Mais, comme chez tous les aliénés de cette catégorie, l'exaspération qui la pousse à des actes répréhensibles présente de l'intermittence, résultat du délire dont ils sont atteints ; elle en suit les diverses phases d'augmentation et de diminution.

Après les violences auxquelles elle vient de se livrer, Marie reste en effet quelque temps assez calme, et ne manifeste plus aucune disposition hostile jusqu'au jour de la perpétration du crime pour lequel elle est poursuivie.

Ce jour-là sa mère, que son métier de revendeuse appelait au marché de grand matin, la trouvant plus agitée que de coutume, chercha par ses conseils à apaiser son exaspération. L'injection de la figure de sa fille, la rougeur de ses yeux, l'embarras de son intelligence, lui font craindre une congestion cérébrale ; elle lui propose d'appeler un médecin. Marie refuse, et se borne, comme d'habitude en pareilles circonstances, à opérer une dérivation en se mettant les pieds dans l'eau. Bientôt elle les retire, se met par hasard à la croisée et aperçoit dans la rue la demoiselle B... rentrant dans la maison. A cet aspect, tous les phénomènes morbides qui tantôt l'obsédaient, apparaissent avec une plus grande intensité ; l'idée d'en finir avec son ennemie jurée lui vient ; elle ne peut la maîtriser. Complétement absorbée par elle, elle saisit un rasoir, descend l'escalier et frappe à coups redoublés sa victime, qui pousse des cris percants ; les voisins accourent aussitôt, mettant un terme à la lutte, et, au milieu de l'émotion générale, Marie parvient à s'esquiver, non pour se cacher, mais pour dévoiler à la justice

©BIUM

le crime qu'elle vient de commettre, crime qu'elle considère comme une juste punition des outrages qu'elle a reçus.

En résumé, nous remarquons dans l'exposition de la vie morale de Marie Pons l'évolution des phénomènes morbides que présente ordinairement le développement de l'aliénation mentale. En premier lieu, trouble de la sphère des sentiments se traduisant par un état de mélancolie profonde ; ensuite, modifications diverses de l'innervation (phénomènes hystériques) ; enfin, aberration des facultés intellectuelles se manifestant par le délire et ses complications hallucinatoires.

Nous concluons donc que Marie Pons est actuellement aliénée ; qu'elle appartient à la catégorie des monomanes lypémaniaques hallucinés ; que sa maladie remonte à une époque très éloignée ; que la simulation nous paraît inadmissible, et que c'est évidemment sous l'influence de l'aberration de son intelligence qu'elle a commis la tentative de meurtre qui lui est imputée, et dont pour cette raison elle ne saurait être responsable.

Signé : PONTIER, GOYRAND, D'ASTROS.

Aix, le 18 juin 1855.

La chambre des mises en accusation acceptant ces conclusions, a rendu une ordonnance de non lieu, et a livré Marie Pons à l'autorité administrative, qui a ordonné sa séquestration dans l'aside des aliénés d'Aix, où elle est entrée le 16 août 1855.

Depuis cette époque l'état de cette malade n'a subi aucune sorte d'amendement ; toujours même délire, mêmes hallucinations, mêmes tendances.

©BIUM

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Union médicale.

Paralysie générale; délire hypochondriaque des déments paralytiques; mort rapide par diathèse gangréneuse (1).

L..., âgée de trente-trois ans, a été amenée à la Salpêtrière le 6 août 1855, dans un état d'exaltation très prononcé. Elle parlait sans cesse et d'une manière incohérente, criait, gesticulait, insultait tout le monde et n'avait conscience ni de ses paroles, ni de ses actes. Elle n'éprouvait aucun embarras dans la prononciation, n'avait pas d'idées de grandeur; mais après quelques jours, quand l'agitation eut cessé, on s'aperçut que ses lèvres, ses membres étaient agités par des mouvements convulsifs, et qu'il existait entre les deux pupilles une notable inégalité. — Aussi L... fut-elle classée parmi les paralytiques.

La marche des accidents confirma promptement ce diagnostic: le tremblement des lèvres augmenta; les bras et les jambes s'affaiblirent; la parole devint embarrassée; enfin des idées de grandeur se manifestèrent avec des signes non équivoques de démence.

Après être arrivée à ce degré, la maladie de L... parut s'arrêter pendant un temps assez long: la démarche se raffermit; l'embarras de parole ne fut plus qu'intermittent; les bras reprirent de la force, si bien que L..., quoique toujours en démence, put s'occuper, dans la maison, des travaux du ménage.

Il en était ainsi depuis dix-huit mois; aucun signe nouveau d'affaiblissement ne s'était produit, quand éclata tout à coup cette forme de délire hypochondriaque, dont nous avons plusieurs fois déjà signalé la fréquence chez les déments paralytiques.

L... refuse, un matin, de se lever, parce que, dit-elle, elle n'a plus de jambes. On la tire par force de son lit, elle se laisse tomber. Elle ne veut plus parler, refuse de manger; « elle n'a plus de dents; elle n'a plus de langue. » On lui fait tomber les dents; elle dit « qu'il ne lui en reste plus que deux ou trois, et qu'elle ne les voit

(1) Service de M. Baillarger, à l'hospice de la Salpêtrière.

©BIUM

pas...; » on lui montre sa langue dans une glace; elle répond « qu'elle n'en a presque plus, et, comme elle est trop âgée, ce qu'elle a perdu ne pourra plus repousser. » A l'entendre, tous ses autres organes ont également disparu : bouche, menton, yeux, oreilles, figure, tout lui manque. Ses mains, elle n'en a plus; son estomac est pourri, ses intestins sont bouchés; elle ne respire pas; elle n'a plus de sang; elle va mourir d'ici à peu.

Les jours suivants, L... répète les mêmes phrases, exagère s'il est possible l'absurdité de son délire : « On la coupe en morceaux...; elle est toute pourrie...; elle n'est plus que poussière...; elle n'a plus que les os...; elle est déjà morte...; ce sont les draps du lit qui se collent à son corps et lui font vingt peaux sur le ventre. » Elle ne repousse plus les aliments, mais prétend qu'elle ne mange pas, qu'elle n'a jamais mangé; « d'ailleurs, les aliments qu'on lui présente sont tous empoisonnés. »

Au milieu de ces conceptions délirantes, les idées de grandeur ont disparu; la parole est libre et facile, l'intelligence assez active. La figure exprime une certaine vivacité, la sensibilité est parfaitement conservée; restent seulement les symptômes du début, le tremblement convulsif des lèvres et des bras, et l'inégalité des pupilles.

Mais des accidents d'une extrême gravité se sont déclarés. Quelques jours après l'apparition du délire, alors que L... est encore levée et dans un état de santé générale en apparence très bon, des eschares gangréneuses se montrent aux deux pieds, sur quatre orteils du pied droit, sur deux orteils du pied gauche, et en quelques jours les os sont mis à nu. — Un peu plus tard une eschare se forme au sacrum, une autre au niveau de l'omoplate gauche; les eschares, que l'on ne peut attribuer au décubitus dorsal, car la malade n'est couchée que depuis quelques jours, et d'ailleurs le point de départ de la mortification a été une partie du corps qui ne reposait pas sur le lit; les eschares marchent avec une extrême rapidité. Bientôt le sacrum est aussi mis à nu; de vastes clapiers gangréneux se forment; d'énormes décollements se produisent. Les accidents ne sont pas seulement bornés à l'extérieur du corps; la malade rejette par instants de larges crachats noirs et sanguinolents. — Sous l'influence de cette diathèse gangréneuse générale, L... perd promptement ses forces; sa figure s'altère; ses yeux deviennent caves; sa langue se dessèche; le pouls se ralentit; elle meurt d'épuisement, six semaines à peine après la première manifestation du délire hypochondriaque.

Jusqu'au dernier jour, la parole était restée libre, la sensibilité et une certaine vivacité d'intelligence avaient persisté.

©BIUM

Autopsie. — Le crâne et la dure-mère étant enlevés, les deux hémisphères apparaissent sans trace manifeste d'atrophie. Sur deux ou trois points seulement, les circonvolutions forment avec l'arachnoïde de petites poches remplies par de la sérosité.

Les membranes sont minces, transparentes, généralement injectées. Sur l'hémisphère gauche, l'injection est beaucoup plus prononcée; les veines, volumineuses, sont gorgées de sang noir.

Entre ces membranes et les circonvolutions, il y a quelques adhérences au niveau du lobe moyen, près de la scissure de Sylvius; mais ces adhérences n'existent que dans une très petite étendue et sont toutes superficielles.

Les deux hémisphères pèsent 1052 grammes.

L'hémisphère gauche est de 8 grammes plus lourd que le droit.

Le cervelet pèse 181 grammes.

De la base du cerveau et de l'intérieur des ventricules, il s'écoule 100 grammes de sérosité.

La substance grise des hémisphères paraît un peu plus molle qu'à l'état normal, surtout dans sa couche la plus superficielle. Elle est extrêmement pâle et anémiée. Sur plusieurs points, c'est à peine si on la distingue de la substance blanche.

La substance blanche présente, dans toute l'étendue des deux hémisphères, un piqueté très abondant.

Les ventricules latéraux présentent quelques granulations.

La substance grise du cervelet est saine.

La substance blanche offre le même piqueté que la substance blanche du cerveau.

Dans les cavités du cœur, dans les gros vaisseaux du thorax et de l'abdomen, on voit un sang noir et extrêmement fluide, entremêlé de paillettes brillantes qui sont formées par la graisse.

Les deux poumons sont congestionnés dans toute leur étendue.

Le foie est au contraire pâle et anémié. Un calcul volumineux existe dans la vésicule biliaire.

Les autres organes abdominaux sont parfaitement sains.

Cet exemple est d'une extrême importance. Non-seulement il présente le tableau le plus complet de ce délire hypochondriaque que nous avons signalé dans la paralysie générale, mais il vient confirmer de la manière la plus probante deux faits déjà notés dans des observations publiées antérieurement : la gravité du pronostic et la fréquence de la diathèse gangréneuse chez les malades atteints du délire hypochondriaque.

Jusqu'ici on n'avait signalé qu'une seule espèce de délire spécial chez les déments paralytiques : le délire ambitieux; désormais, il

©BIUM

est bien démontré qu'on doit en admettre deux : le délire ambitieux est le délire spécial de l'excitation ; le délire hypochondriaque est le délire spécial de la dépression. S'il est moins fréquent, s'il se produit moins de lui-même, s'il exige davantage qu'on le cherche, il n'est pas cependant, moins que l'autre, un signe caractéristique de la maladie.

Alors il n'y a pas encore de symptômes bien tranchés de paralysie générale, le délire ambitieux nous fait craindre l'invasion de cette maladie ; dans des cas analogues, le délire hypochondriaque aidera de même au diagnostic. Le délire, en effet, a un cachet tout spécial, et ce n'est que dans la paralysie générale qu'on le trouve avec les caractères que nous avons déjà indiqués.

La femme L... n'a pas suivi les phases ordinaires de la paralysie générale. Elle était encore forte et robuste, travaillait au ménage, avait à peine un léger embarras dans la prononciation, quand tout à coup apparut le délire hypochondriaque. Six semaines après, elle succombe avec des eschares au sacrum, aux orteils, aux omoplates. — L'autopsie ne nous montre ni épaississement, ni opacité, ni infiltration des membranes ; à l'exception de quelques granulations ventriculaires et de quelques adhérences peu nombreuses et très superficielles, il n'y a aucun des signes de la méningite chronique.

Le cerveau n'est pas atrophié ; la substance grise est pâle et anémiée ; la substance blanche présente un simple piqueté ; il n'est donc pas possible d'admettre que ce soit par suite de désordres cérébraux que cette femme ait succombé. Rappelons d'ailleurs que, jusqu'au dernier jour, la malade parlait avec une extrême facilité et n'a offert qu'un léger tremblement des lèvres, symptôme caractéristique des premiers degrés de la maladie. — A quoi donc attribuer la mort ? Évidemment à un état général qui a eu pour première manifestation, six semaines auparavant, l'invasion du délire hypochondriaque, et qui a fait naître ensuite les eschares des orteils, du sacrum et de l'omoplate.

S'il nous était permis de hasarder une explication, nous verrions là le résultat de l'union de la paralysie générale et de l'état mélancolique. Quel est l'état qui entretient l'excitation dans la manie ? Nous l'ignorons complétement, comme nous ignorons la condition générale de la prostration mélancolique. D'où vient cet état d'inertie, cette lenteur de conception, en un mot tout l'ensemble de symptômes qui constitue l'état mélancolique et semble traduire au dehors une diminution de l'influx nerveux ? Nous l'ignorons. Quel qu'il soit cependant, réunissez cet état inconnu à la paralysie générale, c'est-

©BIUM

à-dire à une lésion matérielle des centres nerveux, et vous concevrez peut-être la rapidité de la mort, et, jusqu'à un certain point, de la diathèse gangréneuse.

Les malades atteints de paralysie générale peuvent se diviser en trois classes : 1° les malades qui tombent graduellement en démence, sans offrir jamais aucun signe d'excitation ni de dépression ; c'est la paralysie générale à l'état de simplicité ; 2° les autres qui offrent tous les degrés de la manie, depuis la simple excitation habituelle, qui les avait fait classer dans un temps parmi les monomaniaques, jusqu'à l'agitation la plus complète ; 3° d'autres enfin qui offrent, réuni à la paralysie générale, l'état mélancolique avec toutes ses nuances et tous ses degrés. Les malades des deux dernières classes présentent des états complexes. Lorsque la mélancolie est ainsi réunie à la paralysie générale, il y a deux causes de dépression au lieu d'une, et si cet état se prolonge, la marche de la maladie est plus rapide.

Je dois dire cependant, en terminant, que cet état mélancolique, accompagné de délire hypochondriaque, n'a, dans certains cas, qu'une durée très limitée. Il disparaît subitement, et les malades reprennent leurs forces et reviennent à leur état antérieur. C'est ainsi que, tout dernièrement, une de nos malades paralytiques est sortie de l'hospice dans un état de rémittence assez complet, après avoir été, pendant plus d'un mois, dans un état de mélancolie et d'affaissement qui avait fait présager une mort prochaine. Mais ces faits sont exceptionnels, et, dans la majorité des cas, le pronostic reste tel que nous l'avons annoncé.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Allgemeine-Zeitschrift.

(Suite [1].)

La méthode du docteur Böcker, qui dans ces derniers temps paraît avoir un certain nombre de partisans, est cependant le plus imparfait de tous les modes d'investigation médico-légale. Il débute sous l'influence d'une prévention en faveur de la simulation ; son but est de la démontrer et il ne conclura à l'aliénation mentale que s'il ne

(1) Voir le numéro du mois de juillet 1857, 3e série, 3e année, p. 406.

©BIUM

peut pas faire autrement. Il est très difficile et presque impossible d'être impartial en adoptant cette marche et l'on est invinciblement entraîné à conclure contre le prévenu. Ainsi le docteur Böcker est surtout frappé des inconséquences qui se succèdent chez Stockhausen, et dans son examen il laisse trop percer l'idée préconçue qui le domine. Dans le cas de simulation, c'est mettre le prévenu sur ses gardes. Dans le cas contraire, c'est contribuer à aggraver son mal. Les expériences tentées n'ont pas été plus concluantes. On fournit à Stockhausen l'occasion de fuir et il ne prit pas la fuite. Cela ne prouve rien, pas plus que la fuite n'aurait prouvé quelque chose. On l'a soumis aux inhalations du chloroforme. Quelles réactions devait-il manifester, qu'il fût aliéné ou non? Peut-être pensait-on qu'il s'écarterait du rôle de simulation ; mais ce n'est pas là une investigation scientifique. Ce mode d'expérimentation est donc une mauvaise chose, même au point de vue de la simulation, elle donne l'éveil au prévenu, le rend réservé et méfiant. L'observation expérimentale, au contraire, n'est autre chose qu'un mode d'interroger la nature de manière à ce que celle-ci réponde par oui ou par non. Elle est nuisible si, empiriquement dirigée, elle n'a pour but que de découvrir quelque singularité.

La méthode adoptée par le docteur Richarz est certainement celle qui a valu aux médecins les plus vifs reproches de la part des magistrats, et cependant elle est bien préférable aux deux précédentes : tout en tenant compte des chances de simulation, ce médecin recherche surtout le diagnostic de l'aliénation mentale et il ne conclurait à la simulation qu'autant que son investigation aurait un résultat négatif. Cette méthode diffère essentiellement des autres par sa tendance ; mais si elle partage avec elles les chances d'erreur inhérentes à toute idée préconçue, elle n'a cependant aucun de leurs autres inconvénients. Cependant le docteur Richarz est dans l'erreur quand il prétend qu'il n'est pas nécessaire de démontrer directement et positivement l'aliénation mentale, et que, si la simulation n'est pas évidente, la présomption d'aliénation mentale doit être admise en faveur du prévenu. Mais le juge à son tour pourrait retourner le raisonnement dans un sens inverse et une vraisemblance en vaudrait certainement une autre. Quand l'expert ne parvient pas à préciser la maladie, la décision du juge devient arbitraire car c'est une probabilité qu'il oppose à une autre.

Le docteur Jacobi ne se pose pas préventivement la question de la simulation. Il s'attache à constater uniquement l'état mental, sain ou malade. Aussi ne le voit-on pas dans son investigation s'attacher à des particularités isolées, mais à la situation générale, qu'il compare

©BIUM

avec les formes connues du délire. Et comme il trouve que l'état de Stockhausen ne se rattache à aucune d'elles et qu'il reconnaît aux symptômes observés un caractère de confusion et d'incohérence, il en conclut qu'il n'est pas aliéné. Quoique cette méthode présente dans ses procédés une précision plus scientifique bien plus marquée que les précédentes, cependant on peut voir dans l'application quelques sources d'erreurs. Jacobi admet un cadre de classification, le cas qu'il a sous les yeux ne se rapporte à aucun de ses six types, mais ce n'est pas cependant une raison pour ne pas l'y admettre; outre les différentes variétés qu'on retrouve nécessairement dans les variétés de chaque type, on peut objecter à la classification d'un auteur qu'elle n'est pas complète, et si un cas donné ne peut pas y prendre rang, on peut tout aussi bien l'imputer au système, et cette appréciation négative très logique en apparence finit cependant par ne plus être une preuve positive. Enfin, si en examinant de près les manifestations de Stockhausen, si en groupant les symptômes on peut leur assigner une place parmi les formes connues, que deviendrait la conclusion contraire qui pourrait résulter d'une simulation plus habilement conçue. Mais le docteur Jessen fait en outre une remarque capitale qui n'infirme pas la méthode, mais il indique une lacune. La simulation, c'est-à-dire la manifestation volontaire de phénomènes anormaux, n'implique pas nécessairement un état mental régulier exclusif de l'aliénation. Quoique nous ne soyons pas suffisamment avancés sur le diagnostic différentiel d'une infinité de nuances, l'expérience journalière nous apprend cependant que la simulation la plus méthodique et la plus opiniâtre s'observe surtout chez les hystériques, par exemple, et chez les aliénés; et c'est à cette idée que se rattache le docteur Richarz quand il dit que démontrer la simulation ce n'est pas établir qu'il n'y a aucune maladie; car il n'est pas rare que des malades et des convalescents soutiennent obstinément avoir simulé volontairement tel ou tel symptôme, et, comme l'a démontré le docteur Damerow, la perversion de la liberté morale, de la sensibilité et du jugement laissent encore subsister une certaine liberté de détermination, et l'on pourrait presque dire qu'il n'est aucun cas exempt de simulation. On s'est en effet plus exclusivement occupé des symptômes positifs de telle ou telle forme du délire, et on n'a pas toujours tenu assez de compte de la ruse dont les aliénés font preuve en mainte circonstance. Combien n'en rencontre-t-on pas qui simulent pour dissimuler leur véritable situation, et j'en ai rencontré moi-même dont les réponses ressemblaient à celles de Stockhausen, et qui éludaient par là les investigations sur leur véritable situation. C'est ce qu'on remarque

©BIUM

principalement chez les lypémaniaques hallucinés, où la simulation est un moyen de dissimulation. C'est cette réflexion qui conduit sans doute le docteur Jessen à dire que si le docteur Jacobi regarde la plupart des manifestations de Stockausen comme simulées, son rapport présente une lacune en ce qu'il ne donne pas une exacte appréciation de son état mental. Ainsi donc le juge n'a pas seulement besoin de savoir si le prévenu simule ou non, mais il lui importe aussi de connaître si la simulation exclut l'aliénation mentale, et *vice versâ*.

En général, les recherches médico-légales relatives à l'aliénation mentale sont peut-être trop empiriques et manquent ainsi de cette précision sans laquelle la conviction ne peut se former, et s'il nous est permis d'ajouter quelques réflexions à celles du docteur Jessen, nous ferons observer qu'une maladie n'est pas seulement constituée par ses phénomènes psychologiques actuels, mais elle est surtout une résultante de ses conditions pathogéniques et des modifications organiques ou dynamiques survenues soit avant, soit depuis son invasion. Or, nous avons été surtout frappé en lisant l'histoire résumée des débats de n'y voir mentionner que les manifestations exclusivement psychologiques et les réponses incohérentes de l'accusé, et nous voyons même par là combien les experts, quelle que fût la méthode adoptée par eux, sont arrivés à s'écarter de la voie qu'ils auraient dû parcourir. Un crime est commis; l'accusé, dans le cours de l'instruction, manifeste des symptômes qui peuvent faire croire à l'existence de l'aliénation mentale; on procède à leur appréciation; mais, dans cet examen, il y a lieu de rechercher moins l'état actuel du prévenu que sa situation réelle au moment même où il a commis l'acte incriminé. C'est là le nœud de toute question médico-légale, et cela est si vrai que dans le plus grand nombre des cas où l'aliénation mentale est incontestable, le crime commis a été une sorte de crise suspendant ou terminant même l'évolution pathologique. Si alors l'expert, se bornant à l'examen de la situation actuelle, déclare n'observer aucune trace de délire, il risque de faire condamner un sujet qui, au moment de l'acte, ne jouissait pas de sa liberté morale; tandis qu'en ne constatant que le délire actuel on s'expose à faire passer pour innocent un criminel chez lequel se serait après coup développé une maladie intercurrente, et qui cependant, au moment de l'acte, aurait joui de toute sa liberté de penser et d'agir. En portant la question sur ce terrain, on a l'avantage de se dégager de toute idée préconçue, et en recherchant en quelque sorte l'époque à laquelle la maladie a pris naissance, en se mettant sur la trace des principales conditions pathogéniques de son évolution, on fournit

©BIUM

nécessairement à la question de simulation des lumières nouvelles qui la résolvent par anticipation, avant même qu'on l'ait posée, et qui rendent même sa solution tout à fait illusoire s'il est démontré qu'au moment de l'acte l'accusé jouissait de toute l'intégrité de sa raison et de sa santé. Le docteur Stahl raconte avoir observé dans l'asile Saint-Georges, à Bareith, un malade dont l'histoire vient à l'appui de ce que nous avançons. Cet homme avait tué un créancier qui avait exercé contre lui des poursuites judiciaires, et pour soustraire ce crime à la justice, il en avait fait disparaître les traces avec un soin qui eut un plein succès. Ce n'était pas à ce qu'il paraît un criminel endurci, car le repentir, le remords, la crainte le tourmentèrent vivement, et il ne put recouvrer la tranquillité d'esprit ni dans les voyages ni dans la prière. Il finit enfin par devenir aliéné. Poursuivi par son chagrin il avait confié autrefois son secret à sa sœur, qui le déclara à la justice dans l'espoir de rendre à son frère le calme par l'aveu d'un crime qui remontait déjà à vingt ans. Les débats s'ouvrirent et le meurtrier fut condamné à mort, peine qui fut commuée en celle des travaux forcés. Son état mental ne permit pas qu'il subit sa peine, et quand il fut confié aux soins du docteur Stahl, il était dans la situation la plus déplorable. Souffrant, amaigri et sans sommeil, il avait constamment des visions qui lui représentaient sa victime et la cour de justice ; il mangeait ses excréments, et il n'y avait pas pour lui de plus cruelle punition que l'obscurité de sa cellule. Cet état paraît avoir duré trois ans et a fini cependant par aboutir à une guérison complète, et on a pris d'autant plus de précautions contre les chances d'une rechute, que cet individu, au sortir de l'asile, n'avait d'autre perspective que celle du subir la peine à laquelle il avait été condamné.

Dans le cas que nous venons d'emprunter à la revue clinique du docteur Stahl, l'aliénation mentale a suivi le crime, qui, ayant été commis dans toute l'intégrité de la santé, laissait la responsabilité morale toute entière, et l'imminence du délire n'avait pas arrêté le cours de la justice. D'un autre côté, j'ai eu moi-même l'occasion d'observer que l'acte commis était en quelque sorte une crise qui suspendait et même mettait fin à la maladie, et dans quelque cas de maladie périodique, c'était une crise d'accès. D'autres fois l'acte était en quelque sorte le signal d'une transformation ou passage à une autre forme typique ; c'est ce qui ressort principalement de l'observation suivante que j'ai recueillie pendant que j'étais attaché à l'asile de Stephansfeld.

Caroline, âgée de vingt-huit ans, est entrée à l'hôpital de Stephansfeld, au mois de février 1858. J'avais été plusieurs années

©BIUM

auparavant le médecin de sa famille, et j'avais ainsi assisté à l'évolution d'une affection qui devait être signalée par les péripéties les plus tristes. Par suite d'un changement survenu dans sa constitution, changement qui avait coïncidé avec quelques chagrins, elle montra, dès 1834, une humeur sombre et bizarre, rechercha la solitude et se plaignit souvent d'un malaise général dont elle ne pouvait pas bien rendre compte. Cette mélancolie, qui contrastait avec le caractère enjoué qu'elle avait toujours eu jusqu'alors, ne fit que s'aggraver malgré les soins affectueux de sa famille, qui chercha à lui procurer toutes les distractions possibles. Une dysménorrhée, qu'on tenta vainement de combattre, venait compliquer cette situation, qu'on mit sur le compte d'une déception à l'occasion de projets de mariage qui n'avaient pas pu se réaliser. Je fus consulté et si dès ce moment je pouvais craindre l'imminence plus ou moins prochaine de l'aliénation mentale, on ne saisissait aucun symptôme qui trahit d'une manière positive l'existence d'un trouble intellectuel. Cet état dura environ un an. Plus tard elle s'abandonna aux idées les plus tristes et donna à plusieurs reprises, tant par ses paroles que par ses actes, des signes non équivoques d'un dérangement des facultés intellectuelles. Elle fit plusieurs tentatives de suicide et demandait qu'on l'enfermât, car, disait-elle, « elle sentait qu'elle deviendrait folle. » A cette époque les préjugés contre les asiles étaient encore tout-puissants, et l'amour-propre de la famille lui fit rejeter toute proposition de ce genre. On crut lui procurer un soulagement en la faisant voyager, et on eut surtout pour but en agissant ainsi de soustraire cette situation à la connaissance du public. Elle se rendit près d'un de ses frères, qui était marié dans la banlieue, et pendant quelque temps on put croire qu'elle y avait recouvré un peu de calme ; mais ce n'était qu'une vaine illusion, car un jour, mue par une de ces impulsions soudaines et irrésistibles dont depuis lors elle n'a jamais pu rendre compte, elle fit périr une petite fille âgée de deux ans. Profitant du moment où elle était seule avec cette enfant, elle lui trancha la tête avec un couteau de cuisine qu'elle trouva sous sa main ; aussitôt ce crime commis, elle retomba dans un calme stupide, n'opposa aucune résistance à son arrestation, et sembla même ne pas comprendre l'affliction des parents qu'elle venait de priver de leur enfant. Pendant les premiers temps de son séjour en prison, elle fut assez calme et refusa obstinément de répondre à tout interrogatoire, et la seule anomalie qu'on remarquât alors consistait dans l'activité vraiment extraordinaire qu'elle déployait dans son travail. Puis l'irritabilité devint excessive, et pour la moindre contrariété, elle se livrait aux violences les plus graves.

©BIUM

Ses réponses, d'abord assez justes, devinrent ensuite incohérentes et elle montrait une singulière répugnance à parler. Plus on avançait, plus on observait dans ses manières quelque chose de bizarre et d'insolite. Enfin, la manie finit par éclater avec violence et motiva sa translation à l'asile de Stéphansfeld. Nous n'entrerons pas ici dans les minutieux détails descriptifs d'une période d'excitation très vive, qui dura quatre mois, et fut suivie d'une torpeur profonde. Sous cette forme nouvelle, la maladie fut caractérisée par un état congestionnaire, une céphalalgie intense, un assoupissement prolongé, l'irrégularité du flux menstruel, qui, pendant l'excitation, avait été normal, inappétence, insuffisance des fonctions digestives, négligence de tout soin personnel, et enfin, lenteur extrême dans la formation des idées pouvant faire craindre l'imminence de la démence. On observait bien de temps à autre une excitation intercurrente, mais elle était de courte durée. Cet état persista jusqu'au mois de janvier 1839, époque à laquelle elle parut sortir d'un long engourdissement et se réveiller à la vie de relation. Elle commença à manifester un peu de goût pour le travail, l'irritabilité diminua, les idées devinrent moins confuses, la prostration fit place à un exercice régulier des forces. Ses facultés intellectuelles se développèrent peu; mais les sentiments affectifs furent les derniers à reparaître. A partir de ce moment la constitution se fortifie, la menstruation reprend sa régularité normale, et notre malade se fait remarquer alors par la régularité de son humeur et son zèle intelligent pour toutes les occupations qu'on lui confie. La guérison était complète et elle ne s'est pas démentie depuis.

Si j'ai cité cette observation, c'est principalement pour montrer que la méthode du docteur Jacobi, très bonne en principe, doit recevoir, en pratique, quelques modifications assez importantes. Ce savant aliéniste établit six types invariables hors desquels il n'admet que la simulation, mais il ne tient compte ni des transformations devenues aujourd'hui de plus en plus fréquentes, ni des perturbations qu'aurait pu produire et que produit toujours nécessairement la méthode expérimentale active. Il faut encore tenir compte des conditions du milieu dans lequel le sujet est soumis à l'observation, et surtout de la possibilité d'une sorte de périodicité. Il ne faut pas oublier en outre que cette brutalité incohérente des réponses de Stockhausen se rencontre assez fréquemment chez les aliénés, et nous avons en ce moment à Maréville plusieurs sujets chez lesquels elle est la principale manifestation délirante. Un malade, entre autres, dont l'aliénation mentale avait été parfaitement constatée deux ans avant un meurtre commis par

©BIUM

ui sous l'influence de son délire, se trouve aujourd'hui dans un état de rémission qui, au premier abord, pourrait faire croire à un rétablissement complet. Il est seulement un peu sombre et recherche la solitude ; mais quand on lui parle du crime qu'il a commis, on voit se manifester chez lui une certaine irritabilité, et ses réponses n'ont plus leur lucidité ordinaire. De plus, combien de fois n'avons-nous pas l'occasion d'observer toute la différence qui existe entre l'état de l'aliéné avant un acte et les phénomènes qui suivent cet acte. C'est donc au moment de l'acte qu'il faut le juger et non après, et c'est surtout à ce point de vue que l'opération des experts, à l'occasion de Stockhausen, n'échappe pas entièrement à la critique. Toute leur attention se concentre sur la question de simulation, qui est tout à fait accessoire. Que pour s'exempter d'une charge on simule une affection permanente, l'expert examine avec raison s'il y a simulation ou non ; mais pour excuser un acte commis, il faut constater l'état de l'individu au moment même du délit ou du crime, et si son état ultérieur peut servir de renseignement, il ne saurait jamais être admis comme une preuve directe, ainsi que nous avons déjà eu occasion de le démontrer plus haut. Nous avons en outre remarqué qu'en général les experts ont été surtout préoccupés par l'incohérence des réponses de Stockhausen, mais cette incohérence n'est pas l'élément unique d'une expertise de ce genre, et quand on a lu ces travaux, on ne peut, tout en constatant leur mérite, que conserver un doute en présence de cette divergence d'opinion sur un fait qui n'a pas été suffisamment décrit dans toutes ses parties.

Cette affaire devait fixer l'attention des aliénistes allemands et soulever quelques points de doctrine que nous avons précédemment indiqués. Le docteur Damerow, dans ses observations critiques sur la statistique, fait sentir l'impossibilité de résumer dans des tableaux certaines maladies qui ne se rapportent à aucune forme typique et qui, tout en constituant un état pathologique indéterminé, ont cependant un cachet caractéristique. Telles sont certaines impulsions criminelles héréditaires où l'on observe des alternatives marquées de dépression et d'excitation, véritables phrénopathies qui offrent à l'analyse un assemblage confus de santé et de maladie. Tissot, dans son chapitre sur les maladies nerveuses, parle après Ackermann des affections cérébrales, qui, en raison de leurs anomalies, n'ont pas de nom. Aussi Damerow est assez disposé, pour compléter sa statistique, à admettre une classe de maladies innominées. Pour bien comprendre la marche de ces situations douteuses et intermédiaires, ce n'est pas seulement aux manifestations actuelles qu'il faut s'atta-

©BIUM

cher, c'est dans le premier âge de la vie qu'il faut rechercher cette succession d'alternatives bizarres qui finissent souvent par conduire dans un asile d'aliénés, quand un crime commis pendant ce travail d'incubation ne les a pas préalablement conduits dans une maison de force. Ces réflexions conduisent tout naturellement ce savant aliéniste à admettre qu'on pourrait ranger Stockhausen dans cette catégorie de phrénopathies protéiformes qui amènent dans les prisons un assez fort contingent d'aliénés méconnus antérieurement, faute d'une étude suffisante de leurs antécédents, états dont l'observation directe laisse toujours un doute sur leur essentialité maladive, leur caractère nosologique et leur classification.

Cette opinion du docteur Damerow paraît avoir été partagée par plusieurs écrivains éminents, et, dans sa réfutation, le docteur Richarz oppose au jugement du docteur Snell, sur la simulation, l'avis du docteur Friedreich, qui se prononce formellement en affirmant que toutes les observations faites dans la prison fournissent la preuve évidente de l'aliénation mentale confirmée chez Stockhausen. Mais en présence de ces opinions contradictoires, le docteur Richarz a cru devoir rentrer dans la lice et réfuter les objections qui ont été faites contre son appréciation médico-légale. Son argumentation, très étendue, roule principalement sur la méthode d'investigation. Nous allons essayer de résumer, autant que possible, les principaux éléments de son argumentation, à laquelle nous reprochons de n'être pas assez concise et d'être exposée plutôt dans l'ordre des objections que dans l'enchaînement naturel des idées.

On a vu dans les réponses de Stockhausen un indice certain de simulation ; le docteur Richarz pense au contraire que ses contradicteurs sont dans l'erreur, parce que, chez des malades dont l'affection est hors de doute, on observe chaque jour des réponses tout aussi équivoques et contradictoires que le sont celles de Stockhausen. Elles frappent même souvent par leur invraisemblance, tant elles sont en désaccord avec le délire organisé et se rattachant à des circonstances accessoires. Que le malade soit sous l'influence d'une certaine dépression, il lui répugne de céder aux excitations externes. Enclin au repos, qui est pour lui un impérieux besoin, il répond avec humeur et d'une manière inconvenante aux questions par lesquelles on sollicite son apathie ; et il n'est même pas rare de voir se manifester une irritabilité très vive qui peut aller jusqu'à une sorte de fureur transitoire. C'est là le caractère des réponses de Stockhausen. Elles dépassent, il est vrai, la mesure ordinaire, eu égard aux autres manifestations, mais elles sont loin d'indiquer la simulation.

©BIUM

Il y a certainement du vrai dans l'argument du docteur Richarz, car nous observons tous les jours, surtout dans les cas d'excitation périodique, des manifestations tout aussi inattendues que celles qui sont sorties de la bouche de Stockhausen. J'ai connu un maniaque dont l'exacerbation était toujours annoncée par ces paroles : *Donnez-moi du papier, je veux écrire mes mémoires.* Elles ne se rattachaient à aucune conception délirante chez cet homme, entièrement illettré ; mais peu après le délire devenait général et l'agitation était telle qu'il fallait recourir à l'emploi de la camisole. J'en ai vu beaucoup d'autres dont les accès étaient invariablement inaugurés par des plaintes contre un régime alimentaire qui les avait satisfaits jusqu'alors. Chez d'autres, l'excitation maniaque avait pour prélude une stimulation intellectuelle remarquable. J'ai vu une dame composer, en cet état, de fort jolies pièces de poésie, mais cette lueur s'éteignait dès que le calme reparaissait. Nous avons maintenant, à Maréville, une dame qui, avant de tomber malade, passait généralement pour avoir une intelligence médiocre. Depuis qu'elle est aliénée, elle se fait remarquer par son élocution facile, par les saillies d'un esprit vif et par un style brillant et fleuri. Elle écrit avec élégance sur les sujets les plus variés et excelle dans la satire. Je puis citer encore un jeune ouvrier, qui est ordinairement tranquille et doux et qui travaille avec une remarquable assiduité pendant les rémissions d'un état hallucinatoire. Tout d'un coup, sans aucun symptôme précurseur, on le voit quitter brusquement son travail, qu'il refuse obstinément de reprendre, et si l'on insiste, il répond avec la brusquerie la plus grossière, prêt à se livrer à des violences envers ceux qui contrarieraient cette irrésistible tendance au repos. Je pourrais multiplier ces exemples, propres à démontrer non-seulement la diversité des manifestations maniaques, mais encore l'absence de toute corrélation nécessaire entre ces manifestations psychiques et la situation délirante. Aussi pourrions-nous dire, dans bien des cas, que la folie se révèle par les apparences d'une raison qu'on chercherait quelquefois en vain chez des individus doués de toute leur liberté morale. Ces diverses particularités sont donc plutôt des indices individuels que des symptômes proprement dits. C'est pourquoi, si nous concluons avec le docteur Richarz que ses critiques ont tort de les regarder comme un signe de simulation, nous sommes néanmoins conduits à penser qu'elles ne sauraient constituer par elles-mêmes un signe pathognomonique de l'aliénation mentale.

Le docteur Richarz paraît lui-même tellement pénétré de cette vérité que, reprenant l'argumentation du docteur Jessen, il cherche

©BIUM

à poser les bases d'une méthode générale qui puisse servir de guide dans l'examen de ces cas douteux. Le docteur Jessen, semblant opter pour la doctrine Jacobi, pense qu'elle doit être appliquée dans toutes les circonstances, et qu'il importe avant tout que l'expert établisse le diagnostic somatico-psychique d'un cas donné. Il s'agit ainsi de mettre en opposition l'état pathologique et l'état normal. C'est, suivant cet auteur, une simple question de temps, car l'observation prolongée apportera tôt ou tard une preuve démontrant ou l'assimilation du cas donné dans la classification systématique, ou son origine évidemment simulante. Il ne s'agirait donc pas seulement, pour le médecin légiste, de statuer sur les différences sensibles de l'état de santé ou de maladie, ou d'apprécier ce qui constitue l'un ou l'autre dans telle ou telle individualité, mais encore de systématiser, comme en botanique, tous les cas pathologiques possibles, et d'admettre ou de rejeter ce qui se rattache ou non aux divers éléments de ce système préconçu. Notre auteur considère que ce point de vue trop exclusif repose sur une illusion et lui oppose les considérations suivantes :

Il est de fait, affirme-t-il, que dogmatiquement et d'une manière absolue, il est impossible d'adopter un criterium scientifique qui établisse formellement une différence fondamentale et caractéristique entre la santé et la maladie, de telle sorte que les cas difficiles puissent être immédiatement appréciés par l'application de cette règle. Si, de l'aveu de tous, cette règle est incertaine pour les situations extrêmes, si les caractères qui sont attribués à celles-ci sont plutôt des abstractions théoriques que des réalités pratiques ressortant de tous les cas, on se demande comment on pourrait supposer ces extrêmes reliés entre eux par une ligne à chaque point de laquelle le médecin placerait le cas dont il est chargé de déterminer le diagnostic. Mais en admettant cette idée comme vraie, on arriverait encore à un point intermédiaire où le doute serait permis et où les chances seraient égales pour la santé et pour la maladie, où l'indifférence du choix serait permise, et où la conviction repose alors plutôt sur une vraisemblance que la certitude complète de l'existence de telle ou telle situation. Pourquoi donc refuserait-on aux maladies mentales le bénéfice de cette difficulté. C'est seulement aux extrémités de la ligne qu'on peut trouver la pure santé et la pure maladie. Partout ailleurs il y a plus ou moins de l'un ou de l'autre, et dans le milieu les deux états doivent se balancer. Si, au contraire, il n'y a qu'erreur dans cette manière de voir, si la santé et la maladie ne constituent pas deux entités antagonistes, la dernière serait la négation de la première, et c'est

©BIUM

alors celle-ci qu'il faudrait rechercher d'abord pour comprendre la maladie par les modifications transitoires ou chroniques qui entravent le cours ordinaire ou normal de l'existence. Mais comme dans l'état de maladie lui-même, il existe encore certaines conditions d'équilibre constituant en quelque sorte une nouvelle idiosyncrasie normale. Il en résulte encore que la maladie pourrait bien ne pas toujours être une négation complète, puisque l'exagération de certaines fonctions constitue bien souvent le principal élément pathologique.

Le docteur Richarz, après avoir répondu au docteur Jessen, objecte au docteur Jacobi que sa méthode est trop exclusive, parce qu'elle repose sur une classification artificielle qui ne comprend pas tous les cas. Combien ne rencontre-t-on pas, dans tous les asiles, de ces individus dont l'affection est hors de doute et qui échappent cependant à toute classification. Il s'appuie à cette occasion sur l'autorité de Damerow, et je puis moi-même citer un fait qui pourrait certainement causer un certain embarras s'il était l'objet d'une expertise médico-légale.

Nous avons maintenant à Maréville un jeune sujet chez lequel existe un de ces délires d'acte qui ne se révèle que par un automatisme instinctif, sans qu'il y ait aucune conception délirante ou incohérence dans ses discours et dans ses écrits. Le jeune Arthur avait toujours donné à ses parents toute la satisfaction qu'ils pouvaient en attendre. Doué d'une intelligence ordinaire, il avait commencé ses études élémentaires avec quelques alternatives de succès, quand tout à coup ces heureuses dispositions semblent se modifier; il devient indiscipliné, et ses mauvaises tendances, qui motivent son expulsion de plusieurs pensionnats, ne tardent pas à devenir une cause de trouble et de danger dans l'intérieur de la famille. Après divers essais infructueux, le père, ne comprenant rien à une modification aussi radicale survenue dans la conduite de son fils, vient un jour me consulter sur la nature de ces dispositions. Je remarque bien, chez l'enfant, un peu de maigreur et même un certain arrêt de développement dans sa croissance. Si ses facultés intellectuelles ont un peu perdu de leur ancien énergie, il répond néamoins d'une manière très lucide aux questions que je lui adresse; mais si je fixe son attention sur la conduite qui lui est reprochée, il pleure et se renferme dans un silence qui exprime la confusion. Enfin quand je le presse davantage, il me répond que s'il agit ainsi c'est qu'il ne peut pas faire autrement. L'aspect d'Arthur, en ce moment, ne pouvait pas nous donner l'idée de l'aliénation mentale, et certainement on pouvait facilement incliner à le consi-

©BIUM

dérer comme un mauvais sujet ordinaire; telle eût été certainement l'opinion d'un tribunal si Arthur avait dû être poursuivi judiciairement. Mais continuant mon investigation, j'arrive à reconnaître, chez ce sujet, une complète insensibilité de la peau, et j'ai conclu que ce phénomène est le nœud pathologique de la situation. Je ne m'étais pas trompé. Arthur a été placé à Maréville, et l'observation directe m'a d'autant mieux confirmé dans cette opinion que l'anesthésie cutanée étant en quelque sorte intermittente, il a été plus facile d'apprécier son influence sur la moralité du sujet. En effet, dès qu'elle cesse, les dispositions du jeune Arthur sont toutes différentes; il est docile et affectueux et il comprend parfaitement tout ce que sa situation a de pénible. Quand elle se manifeste, l'irrésistibilité des plus mauvais instincts en est la conséquence immédiate, et nous avons même pu constater qu'elle pourrait aller jusqu'au meurtre. Depuis quelque temps la constitution de ce sujet paraît s'améliorer, sa taille commence à s'élancer, la nutrition se fait mieux, et nous espérons que la crise pubère pourra opérer une salutaire modification. Mais nous ne saurions compter, dès aujourd'hui, sur la permanence de l'amélioration, tant que les conditions d'une nouvelle existence ne nous rassureront pas sur l'impossibilité du retour des accidents ci-dessus mentionnés.

Si nous considérons l'âge de ce sujet, nous pouvons certainement admettre que les phénomènes observés sont moins l'expression d'un état pathologique organisé de toutes pièces que l'indice d'une période initiale devant aboutir plus tard à une forme mieux caractérisée, et rentrant alors dans la classification généralement admise. Que de maladies bien distinctes entre elles ont cependant une incubation commune et présentent même entre elles, dans leur période de déclin, des analogies frappantes. Elles ne diffèrent entre elles que dans leur période d'état et quand leur évolution n'est entravée par aucune circonstance accidentelle. Telles sont, par exemple, les fièvres éruptives. Telle est aussi et surtout l'aliénation mentale. C'est pourquoi ne partagerons-nous pas la théorie du docteur Richarz sur le diagnostic différentiel de la santé et de la maladie, et que nous considérons la méthode Jacobi comme trop exclusive, en ce sens qu'elle peut conduire et conduit en effet à ne pas admettre comme maladie des phénomènes caractérisant la période initiale ou terminale, parce qu'on ne tient pas compte soit des circonstances qui ont pu enrayer l'évolution, soit de la période d'état qui a pu précéder la mise en observation du sujet. J'ai cité plus haut un cas où le doute qu'on avait au début a été éclairci plus tard par l'évolution d'une manie franche; et quand à Fains, j'ai

©BIUM

conclu à la simulation ; j'y ai été amené non-seulement par l'observation directe, mais encore et surtout parce que, dans les antécédents de l'accusé, aucun fait n'était venu me révéler cette période d'incubation ou d'état à laquelle l'actualité aurait dû se relier. C'est cette méthode comparative qui aurait dû être employée avec Stockhausen, et c'est parce que cette précaution a été négligée que nous avons vu surgir une dissidence d'opinion aussi marquée.

Reprenant son argumentation et ramenant la question sur le diagnostic de la simulation, le docteur Richarz classe les symptômes en deux catégories. Dans la première il range les symptômes purement physiques soustraits à l'influence de la volonté et de l'imagination, et par conséquent à l'abri de tout soupçon de simulation. D'autres au contraire peuvent être imités, comme les convulsions et l'accès d'épilepsie. Il est vrai que, parmi ces symptômes, il n'en est aucun qui prouve directement l'aliénation mentale, mais beaucoup en sont l'accompagnement ordinaire, comme le battement particulier des carotides observé chez Stockhausen. Les manifestations psychiques appartiennent à la deuxième catégorie. Les unes sont d'une nature subjective et ne peuvent être saisies d'une manière directe ; telle est par conséquent la douleur que le sujet accuse peut-être faussement, mais sans la simuler autrement que par l'expression parlée ou mimique. Quant aux autres phénomènes, ils sont d'une nature essentiellement objective et ont pour corrélation des modifications dans la motilité et de l'habitude extérieure. La simulation et la maladie ont de commun l'anomalie et l'étrangeté des manifestations ; elles diffèrent entre elles par la cause première de ces manifestations, qui, dans la simulation, ne peuvent être ni aussi permanentes ni aussi complètes, parce que la volonté de feindre ne peut entièrement suppléer à la modification pathologique du cerveau, qui produit la réalité. D'après cela, la simulation continue doit être fort rare, et quand on peut prolonger l'observation, on doit, un jour ou l'autre, arriver à déjouer la ruse. La question de la simulation doit donc être posée en même temps que celle de maladie ; elles sont implicitement confondues.

Quoiqu'il règne une certaine obscurité dans cette argumentation et dans l'exposition de certaines données de diagnostic, le principe fondamental pourrait toutefois être admis à la rigueur, mais nous nous permettrons encore, à cette occasion, quelques observations qui nous paraissent être de quelque utilité. Il est certainement vrai que les manifestations pathologiques dépendant de la lésion dynamique primitive ou secondaire du cerveau ont un mode d'évolution plus régulier, en quelque sorte plus fatal ; mais il ne faut pas oublier

©BIUM

aussi que l'aliéné n'ayant pas entièrement rompu avec son état antérieur, se modifie plus ou moins, suivant le milieu où il est, milieu qui restreint ou aggrave le mal suivant l'influence des impressions perçues ; aussi quelque petite que puisse être la part de la volonté, elle modifie plus ou moins les déterminations qui, ayant leur point de départ dans l'état maladif, nous révèlent cependant un côté intentionnel pouvant facilement donner le change. D'un autre côté, de même que l'état du cerveau peut irrésistiblement dominer l'exercice de la volonté, celle-ci n'est efficace à son tour qu'autant que l'activité fonctionnelle du cerveau s'est modifiée dans le même sens. L'imitation, l'habitude finissent par rendre instinctif ce qui avait été volontaire dans le principe, et quand il y a simulation au début, il n'est pas rare que, vers la fin, ces manifestations factices deviennent en quelque sorte naturelles et se produisent instinctivement sans la participation de la volonté. C'est ce qu'on peut voir chez les bons acteurs qui se sont parfaitement identifiés avec leur rôle ; c'est ce qu'on remarque chez certains hommes du monde au sourire stéréotypé et simulant des sentiments de circonstance auxquels ils savent donner un *accent* parfait de vérité. On y peut aisément confondre la simulation avec la réalité, et l'on aurait presque raison de dire que, dans bien des cas, la réalité est moins vraie que la simulation. Combien n'avons-nous pas vu d'aliénés dont les manifestations principales n'étaient autre chose qu'une imitation longuement étudiée des personnages dont leur conception délirante leur avait fait adopter l'individualité ! On n'a pas encore oublié ces monomanes dont les types deviennent chaque jour plus rares, et chez lesquels on pouvait remarquer un progrès successif dans la concordance de tous les éléments de leur nouvelle personnalité maladive. J'en connais un qui ne se coupe jamais dans le narré des détails de son existence imaginaire; et dernièrement encore on me parlait d'un original qui se persuadait avoir assisté aux batailles de l'empire et n'omettait aucune circonstance de faits qu'il n'avait jamais vus, mais qu'il s'était assimilés par une lecture attentive. Il existe donc des aliénés dont certaines manifestations sont le résultat progressif de la simulation, ayant, il est vrai, pour point de départ une conception délirante, mais s'étant en quelque sorte établie par le même procédé que la simulation purement intentionnelle. C'est pourquoi, tout en admettant le rôle de la simulation dans l'organisation de certaines manifestations délirantes, nous ne saurions accorder au docteur Richarz qu'il y a maladie dans tous les cas où la simulation finit par être toujours concordante avec elle-même. Quand le monomane est au début de son délire, il est

©BIUM

rare qu'il soit toujours conséquent avec lui-même; quand le simulant s'est bien pénétré de son rôle, il est maître de toutes ses déterminations, qu'il accommode presque instinctivement à toutes les circonstances. Quel est le criterium du diagnostic entre les deux? Ce ne peut être celui qu'indique le docteur Richarz, qui, en partant de son principe, prendrait pour aliéné celui qui ne l'est pas. Cette dernière considération vient surtout à l'appui de l'opinion du docteur Jessen, qui prétend que la question ne repose pas sur la simulation ou la non-simulation, et que le médecin expert doit avant tout se poser celle de savoir si l'inculpé est ou non malade. Sans doute, le plus ordinairement, la simulation est grossière et facile à découvrir, mais ce n'est que sous le bénéfice des observations indiquées plus haut qu'on peut admettre qu'elle s'allie avec une situation vraiment pathologique. La maladie est un tout dont on ne peut pas ainsi disséquer les éléments; elle est ce qu'elle est par la succession de ses phénomènes, dont chacun a sa valeur probative moins en lui-même que dans sa corrélation avec les autres. Le docteur Richarz opère donc sur une base irrationnelle quand, dans un cas donné, il groupe les manifestations en deux parts, l'une appartenant à la santé, l'autre à la maladie. C'est surtout dans le diagnostic de l'aliénation mentale que cette méthode est vicieuse; non-seulement, comme je l'ai déjà dit plus haut, elle conduit à méconnaître les périodes d'évolution, mais encore elle ne permet pas de se rendre compte de ces alternances décrites dans ces derniers temps par MM. Baillarger et Falret, alternances qui préparent souvent une transformation complète de l'affection. Aussi quoique le juge, supposant la simulation chez l'accusé, pose la question dans ce sens, ce n'est pas une raison pour que l'expert le suive sur ce terrain. L'inculpé était-il ou non aliéné au moment du crime? Tout le nœud médico-légal est là. C'est la seule base scientifique de l'expertise, et c'est par là seulement qu'on peut combattre avantageusement ces objections juridiques contre l'incertitude des observations médicales.

Les considérations qui précèdent me dispensent de suivre le docteur Richarz dans la discussion beaucoup trop prolixe des objections de détail que ses contradicteurs ont faites à sa méthode. Je puis d'autant mieux m'en abstenir que notre confrère en a résumé les principes dans les propositions ci-après :

1° Comme personne ne peut démontrer la simulation, d'après les manifestations observées chez Stockhausen, et que, dans les cas douteux, l'incertitude sur la simulation doit plutôt profiter à l'accusé, il en résulte que, quand on ne peut pas démontrer que l'inculpé

©BIUM

simule, c'est une raison pour admettre qu'il est aliéné, quelque faibles que puissent être les preuves directes de la folie.

2° Quand bien même quelques manifestations de détail pourraient être rapportées à la simulation et la rendre en partie vraisemblable, on peut néanmoins soutenir l'existence de l'affection psychique.

3° Comme, d'un autre côté, on ne saurait expliquer par la simulation la plupart des manifestations les plus importantes, et que, d'un autre côté, tout confirme dans le diagnostic de la maladie, on peut fonder sur ces deux faits non-seulement la vraisemblance, mais encore la certitude de l'existence de l'aliénation mentale.

4° Dans le cas d'aliénation mentale bien constatée, on observe assez souvent la simulation et la dissimulation. On en voit qui outrent les symptômes, d'autres qui les cachent avec soin, suivant leurs sympathies et leurs antipathies. Ce serait donc à tort qu'on s'appuirait sur quelques indices de simulation pour rejeter le diagnostic de la folie.

Nous ne reviendrons pas ici sur la discussion de ces principes, que nous avons eu occasion d'examiner dans le cours de ce travail, mais nous ne saurions trop insister sur leur insuffisance dans leur application médico-légale. Personne n'a oublié les luttes que les médecins ont eu à soutenir pour conquérir auprès de l'autorité judiciaire l'influence qui était refusée à une science dite conjecturale, et les conclusions du docteur Richarz, restant en quelque sorte à la surface de probabilités, susciteraient plus que jamais des objections contre une intervention médicale fournissant des lumières incomplètes. Si le docteur Richarz considère Stockhausen comme aliéné, c'est plutôt par une conviction intime et intuitive qu'en raison de preuves directes, et ses contradicteurs, à leur tour, s'attaquent moins à cette conviction et à ses corollaires qu'à la méthode d'investigation et au raisonnement par lequel il cherche à la justifier. Aussi ne devons-nous pas être étonnés que les juges et les jurés ne l'aient pas partagée, surtout quand le Nestor de la psychiatrie allemande vient, après une année d'observation, se prononcer d'une manière formelle sur la non-existence de l'aliénation mentale. Tout en regardant comme trop exclusive la méthode indiquée par ce célèbre aliéniste, on est cependant porté à admettre que les renseignements commémoratifs sont entrés pour quelque chose dans son appréciation. Or, si ces renseignements nous montrent Stockhausen abandonné de bonne heure à une existence nomade peu propre à développer le sens moral, dont l'éducation première n'avait pas été propre à fortifier la virtualité, nous y voyons aussi

©BIUM

que cet individu est encore plus vicieux par occasion que par suite d'une impulsion intime et automatique. En effet, condamné pour vol à diverses reprises, nous le voyons chaque fois mériter de bonnes notes dans les diverses maisons de détention qu'il habite successivement; elles lui méritent même deux fois l'atténuation de sa peine. Mais dès qu'il est rendu à la liberté, qui le laisse sans guide, il retombe promptement dans ses premiers errements. Son histoire est donc, jusqu'à son dernier vol, celle d'une foule d'individus qu'on ne saurait déclarer aliénés, et qui, cédant à un funeste entraînement, montent plus ou moins rapidement l'échelle de la criminalité. Combien ne rencontrons-nous pas d'individus qui, sans arriver jusque-là, nous révèlent cependant, dans leur conduite, des anomalies non moins bizarres. La classe des gens las d'être heureux est aussi nombreuse que variée, et c'est surtout parmi eux que se recrutent les maniaques raisonneurs et autres. Ils sont bien où ils se trouvent, mais bien vite oublieux des avantages qu'ils ont trouvés dans telle ou telle position, ils la quittent au premier choc, et parcourent ainsi irrésistiblement tout un cercle de misères qu'il leur eût été facile d'éviter. D'autres, doués d'une malheureuse irritabilité associée à un sentiment exagéré de la personnalité, épuisent dans une vie d'intrigue leur inquiète activité. La lutte est leur élément, et quand elle n'a pas de but, ils l'établissent dans le vide. Tourmentés du besoin de nuire, ils s'irritent du calme des autres, et quoique souvent leur intérêt leur parle haut, ils ne peuvent s'arrêter sur cette pente funeste et finissent enfin par devenir impossibles sur le théâtre de leurs inquiètes variations. S'ils changent de milieu, ils éprouvent une rémission passagère qui n'est qu'une halte préparant une prochaine rechute. Ce type se rencontre dans tous les rangs, dans toutes les positions. Les manifestations varient suivant l'éducation, mais le fonds est toujours le même. Ce sont certainement là des anomalies dans l'ordre psychologique, c'est de la perversité morale qu'il faut combattre, mais on ne peut la traiter avec la même indulgence qu'on accorde à une perversion maladive.

Si nous passons ensuite aux diverses passions qui dominent et dirigent tant d'existences, si nous jetons surtout nos regards sur ces situations créées par une première faute, sur ces chutes qu'il eût été facile d'éviter et dont on ne peut se relever, combien n'avons-nous pas sujet de réfléchir sur cette logique des faits, contre laquelle la volonté est si souvent impuissante, sans qu'elle ait perdu pour cela sa responsabilité. Il peut y avoir, il est vrai, quelques circonstances

©BIUM

atténuantes, mais la culpabilité subsiste, quelque léger que soit le poids qu'on lui attribue. Mais aussi, dans ce naufrage graduel de la moralité, un moment peut arriver où la maladie peut en être un jour la conséquence finale, et c'est alors qu'il est important de se rendre un compte exact des conditions pathogéniques sous l'influence desquelles s'est opéré le passage de la raison à la folie. Appliquons ces réflexions à Stockhausen, et si nous le suivons dans les phases diverses de son existence, nous n'apercevons dans aucun de ses vols les conditions qui permettent de rattacher ces actes à une perturbation pathologique quelconque. Le vol est, pour Stockhausen, le moyen le plus commode de s'approprier ce qu'il ne peut acquérir par les voies ordinaires; il n'y a recours que quand il en a besoin, et c'est progressivement qu'il se familiarise avec un acte auquel il finit par n'attacher aucune importance. C'est avec justice qu'il a été condamné plusieurs fois, et les auteurs qui se sont occupés de lui ne nous indiquent rien qui nous fasse admettre que le dernier acte soit moins coupable que les précédents. Quand l'instruction commence, Stockhausen montre dans sa conduite des allures qui font présumer l'existence de l'aliénation mentale. Nous ne saurions prendre parti dans la discussion des experts, mais tout en admettant les conclusions du docteur Richarz, tout en prouvant l'existence de l'aliénation mentale au moment de l'instruction, nous ne dégagerions par pour cela la responsabilité de Stockhausen au moment de la perpétration de l'acte, qui n'est pas unique dans sa vie, et qui, du reste, est presque en désaccord complet avec la situation délirante dont ses paroles et ses gestes sont la manifestation extérieure. Nous avons dans nos asiles assez d'aliénés qui dérobent tout ce qu'ils trouvent, pour saisir les différences qui existent entre eux et Stockhausen. Si nous allons plus loin dans notre appréciation, nous voyons encore que cet individu est depuis longtemps beaucoup trop rompu avec les vicissitudes de son existence irrégulière pour qu'on puisse admettre l'invasion brusque de la folie sous l'influence des obsessions d'une instruction judiciaire. Mais enfin, tout en concédant le doute sur ce point, nous avons encore lieu de nous étonner que, sorti de Siegburg, où il n'avait donné aucun signe d'aliénation mentale, il reprenne brusquement, devant la cour, une attitude qui n'était préalablement annoncée par aucun symptôme précurseur. C'est à peine si cette instantanéité a lieu dans les maladies aiguës, et elle ne s'observe presque jamais dans les affections chroniques, comme celle dont il faudrait supposer que Stockhausen fût atteint. Après avoir examiné les manifestations

©BIUM

comme propres à révéler la marche de la maladie, nous ne rencontrons dans leur succession aucune corrélation rationnelle de causalité, notre doute augmente encore quand nous étudions ces manifestations en détail. Nous en trouvons même quelques-unes qui se contredisent mutuellement. L'amnésie, entre autres, est ou n'est pas ; quand elle est partielle, elle s'étend à une série homogène de faits, mais on ne la voit pas se manifester d'une manière capricieuse, comme cela est arrivé chez Stockhausen. S'il a perdu la mémoire, comment expliquer son irritabilité quand on réveille ses souvenirs ; si Stockhausen ne reconnaît pas les personnes qu'il a déjà vues, si l'inertie dans laquelle il paraît quelquefois plongé est réelle, ainsi que son excitation incohérente transitoire, il est d'autant plus dément qu'il n'accuse aucun état hallucinatoire ; mais alors comment pourrait-on expliquer ce réveil soudain et complet de son énergie intellectuelle aussitôt que le besoin de la cause semble ne plus exiger cette transformation. Admettrons-nous enfin que l'affection, passant en quelque sorte à l'affection larvée, fût de nature à reparaître sous l'influence d'une cause quelconque, nous ne le pouvons pas encore, car dans ces cas les manifestations sont toujours identiques, et les phénomènes les plus protéiformes en apparence se reproduisent dans le même ordre et avec la même logique pathologique. Enfin tout cet appareil symptomatique disparaît dès que Stockhausen est condamné, et si, dans la prison, on peut reconnaître un homme sauvage et brutal qui, comme tant d'autres, se montre réfractaire à la discipline commune, si l'on constate qu'il est d'une nature inaccessible aux sentiments affectifs oubliés depuis longtemps, on ne peut saisir chez lui aucune trace d'une modification pathologique quelconque. Nous sommes donc amenés à croire que Stockhausen n'a été aliéné ni avant, ni pendant, ni après l'acte incriminé. Le docteur Richarz lui-même reconnaît que Stockhausen a outré son rôle, mais que cette simulation n'exclut cependant pas la folie. Ici encore notre confrère s'est trouvé entraîné dans une grave erreur, et, sous ce point de vue, Stockhausen lui échappe encore, car nous avons expliqué plus haut ce qu'on doit entendre par simulation chez les aliénés, et comment ces malades simulent. On ne remarque rien de semblable chez Stockhausen, dont l'exagération, dans certains moments, faisait mieux ressortir encore le disparate de ses manifestations.

Cette discussion m'a paru offrir un vif intérêt, et c'est ce qui m'a engagé à en exposer les parties essentielles dans cette revue, et, à l'exemple du docteur Jessen, je considère comme une chose

©BIUM

utile la publicité que les auteurs ont donnée à leurs conclusions dissidentes. C'est par là seulement que la science peut faire des progrès.

Les *Archives générales de médecine* ont publié récemment (septembre 1856) un article dans lequel M. le docteur Follin résume les divers travaux publiés en Allemagne sur le *speculum oculi* ou ophthalmoscope, inventé par le professeur Coccius, qui, en 1853, en a donné la description. Cet instrument, dit-il, se compose d'un miroir plat ou concave, muni d'un trou central et monté sur un manche; une lentille biconvexe, qui permet de concentrer sur le miroir les rayons lumineux provenant d'une bonne lampe, est fixée au voisinage de celui-ci par une tige horizontale à coulisse. Pour grossir les parties éclairées de la rétine, on fait usage d'une lentille biconvexe qu'on tient avec la main entre l'ophthalmoscope et l'œil à observer. Nous n'aurions pas eu à mentionner ici les avantages de ce nouveau moyen d'investigation, si le docteur Ludwig de Hoffheim n'avait indiqué la possibilité d'en tirer parti pour le diagnostic des maladies mentales. Les matériaux de ce diagnostic ne sont pas tellement nombreux que, suivant lui, on doit saisir avec empressement l'occasion de mieux connaître les conditions anatomiques et fonctionnelles d'organes susceptibles de révéler l'état des centres nerveux. Quelle est donc l'importance diagnostique de l'œil, de ses fonctions et des modifications de ses diverses parties au point de vue de l'aliénation mentale? Telle est la question préjudicielle qu'aborde le docteur Ludwig au commencement de son mémoire. Cette importance n'est certainement pas douteuse quand on se représente les rapports anatomiques de l'œil avec le cerveau sous le rapport des vaisseaux et des nerfs, ainsi que la construction de la rétine. Mais tout n'est pas dit par là, malgré les travaux anatomiques très riches en recherches expérimentales, et l'expérience de l'auteur lui a fait trouver qu'en dehors des modifications pathologiques indiquées par les ophthalmologues, le *speculum oculi* fait découvrir dans l'œil des modifications pathologiques auxquelles ne correspond aucun trouble de la vision. Avant de se livrer à ce genre d'expérimentation, l'auteur redoutait des difficultés qui, heureusement, ne se sont pas produites, et constate les heureux changements qu'une bonne organisation a fait subir aux aliénés, qui témoignent souvent combien ils comprennent la portée des soins dont on les entoure. L'auteur fait usage du spéculum de Jæger, qu'il préfère en raison de la netteté de ses images et de la facilité

©BIUM

avec laquelle on peut assujettir promptement le miroir. Les expériences ont été faites sur vingt et quelques malades choisis dans les principaux types et parmi les cas aigus, chroniques et périodiques. Le docteur Ludwig a rencontré dans tous de notables déviations des conditions normales.

Dans deux cas de stupeur périodique ayant entre eux de nombreuses analogies, où le paroxysme est précédé par quelques jours d'une assez vive agitation et terminé par un brusque rétablissement, le docteur Ludwig observa chez l'un, dans le glaucome commençant et sur la rétine, des taches pigmenteuses éparses, en même temps qu'une macération pigmenteuse rayée de la choroïde, et chez l'autre, à l'extérieur et au-dessus de la base du nerf optique, et sous une forme symétrique dans chaque œil, l'image que, d'après Graefe, on doit considérer comme *sclerotico-chorioiditis* postérieur; et chez les deux malades, sans qu'aucun symptôme extérieur ait pu le constater, le spéculum révèle au début incubatoire du paroxysme, le développement d'une hypérémie progressive qui, outre ses signes bien connus, est principalement caractérisée par l'apparition d'une injection capillaire à la circonférence interne et supérieure de la base du nerf optique. Ces malades offraient donc une lésion permanente en même temps qu'une lésion transitoire augmentant et diminuant avec le paroxysme. Le docteur Ludwig fait observer que, dans ses expériences, il a toujours eu soin d'éviter les malades atteints des lésions ophthalmiques connues, en même temps qu'il mesurait la puissance visuelle en se servant de la méthode visuelle; et il est parvenu à se convaincre que la bonne conformation de l'œil extérieur est loin d'être toujours l'expression de sa situation intérieure. L'état du pouls à la carotide et à la radiale doit être constaté avec soin, et, à cette occasion, le docteur Ludwig fait observer que, dans le plus grand nombre des cas, on remarque dans l'œil interne des modifications correspondant aux moindres changements survenus dans le rhythme du pouls. Il considère ce fait comme d'une haute importance et comme mettant sur la voie des services que l'ophthalmoscope est appelé à rendre dans les investigations médicales. Le docteur Ludwig, sans revenir sur les indications diagnostiques signalées par les auteurs qui ont écrit avant lui, et dont nous trouvons un excellent résumé dans les *Archives générales de médecine* (septembre 1856), s'est principalement attaché à l'observation des modifications qui surviennent dans les conditions hémostatiques de l'œil, et il termine son mémoire par les faits suivants, dont nous allons donner l'analyse :

©BIUM

Un jeune serrurier fut instantanément atteint de manie et fut admis immédiatement dans l'asile de Hoffheim le 7 janvier 1854. Une observation attentive ne fit découvrir chez lui rien autre chose qu'une difformité assez apparente du crâne, aplati de haut en bas et présentant ainsi plus de développement à l'occiput, de sorte qu'elle présentait assez l'aspect d'une pyramide dont la base est en haut. Les bains tièdes, les affusions froides sur la tête, l'usage interne de la digitale et de la quinine, une diète appropriée aux indications, amenèrent une amélioration sensible, et le 8 septembre on constata une notable rémission. Dès lors la maladie affecta un caractère périodique jusqu'au 13 janvier 1855, mais les intermissions devinrent progressivement de plus en plus longues, et à partir de là il entre en convalescence et s'occupe activement à l'atelier du serrurier. Examiné au *speculum oculi*, pendant une intermittence, il offre au docteur Ludwig les observations ci-après : Au fond de son œil les vaisseaux formaient une sorte de cannelure réflexe dont on pouvait apprécier assez exactement les limites. A l'œil gauche, la base du nerf optique offrait l'apparence d'une coupe ovale, à la périphérie extérieure et inférieure de laquelle on remarquait une petite encoignure, comme si une section de cette périphérie avait été opérée. Un peu en dehors, on observait une tache obscure formée par une accumulation circonscrite de pigment. L'examen opéré pendant la période d'excitation révélait les signes d'une forte hyperémie que n'annonçait pas l'observation extérieure. Il n'y avait pas seulement alors stase veineuse, et la cannelure réflexe s'observait aussi sur les artères, qui ne la présentaient pas pendant la rémission. Plusieurs observations successives permirent de constater l'identité des résultats. Depuis le 13 janvier, l'image est restée la même que pendant les intermissions, seulement la tache pigmenteuse s'est effacée peu à peu et a fini par disparaître, comme cela arrive pour un petit extravasat. L'auteur n'accompagne cette observation d'aucun commentaire théorétique, et se borne à conseiller à tous les aliénistes l'usage de l'ophthalmoscope.

Le docteur Albers (de Bonn) avait, il y a quelques années, dans le journal de Caspers, appelé l'attention des aliénistes sur les différences de fréquence du pouls dans les membres, et établi d'une manière incontestable que le pouls radial surtout pouvait être fort d'un côté et faible de l'autre. Le même phénomène s'observe également dans les membres inférieurs. Ce fait s'observe principalement chez les hémiplégiques et y persiste même quelquefois assez longtemps. Il est moins l'indice du degré d'affaiblissement de la vie, que le signe de la persistance de la compression du cerveau,

©BIUM

de l'organisation du coagulum ou de la paralysie de telle ou telle région encéphalique. Aussi l'auteur prétend-il que jamais la guérison n'a été obtenue chez les hémiplégiques qui ont présenté le pouls différent quant à sa force en même temps que la parole balbutiante. Ces diverses investigations, dans lesquelles l'auteur cherchait à se rendre compte des causes de ce phénomène, qui présentait quelquefois en outre une sorte d'intermittence, l'ont conduit à explorer le pouls des carotides et à reconnaître entre les deux une inégalité incontestable. Il déduit de l'observation ci-après la valeur diagnostique de ce phénomène.

Une femme, âgée de soixante ans, avait eu, il y a sept ans, un violent accès de manie qui avait motivé son placement dans l'asile de Siegburg. Incomplétement améliorée quand elle quitta cet établissement, elle était encore sujette à une certaine agitation anxieuse, à des pressentiments et à une insomnie opiniâtre. Il y a deux ans et demi qu'elle eut une attaque d'apoplexie qui, nonobstant le retour graduel de la motilité, laissa après elle une certaine roideur du bras et de la jambe droite, où chaque variation climatérique provoquait une douleur assez vive. Les dispositions psychiques restèrent les mêmes et suivaient, en s'exagérant, les diverses vicissitudes de la douleur des membres. C'est en cet état qu'elle fut confiée aux soins du docteur Albers, qui, dès l'abord, observa chez la malade une constriction de la gorge comme chez les hystériques, un sentiment de compression douloureuse à la région occipitale, une abondante expulsion de salive, une disposition prononcée à la constipation. Le pouls, exploré aux artères radiales, ne présentait pas de différence sensible des deux côtés; mais le pouls de la carotide gauche était plus fort au moins du double que celui de l'autre côté, et pendant quelques semaines on avait même un peu de peine à le percevoir du côté droit. En prenant la carotide dans cette région du cou où elle se dégage du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et en appuyant fortement un seul doigt, on sentait le pouls battre plus fort en bas qu'en haut. C'était ainsi un pouls rénitent ou récurrent, perceptible seulement du côté gauche et insaisissable du côté droit. Il est évident que ce phénomène correspond au côté malade du cœur. La paralysie du côté droit du corps, qui, quoique peu prononcée, n'est pas moins constituée et correspond à la lésion de l'hémisphère gauche, en est une preuve évidente. Les carotides étant destinées à porter le sang au cerveau, et chaque carotide correspondant à un hémisphère, toute lésion propre à restreindre le cercle circulatoire, ou formant obstacle à l'impulsion, peut certainement produire ce pouls. Le pouls récurrent correspond aussi

©BIUM

à un état inflammatoire. Le pouls récurrent dans une carotide est donc l'indice d'un obstacle opposé à l'afflux du sang dans l'hémisphère du même côté, et permet de diagnostiquer une inflammation, un ramollissement, une induration ou une oblitération des vaisseaux, voire même un œdème exerçant une pression sur le côté de la masse cérébrale. En un mot le pouls récurrent correspond le plus ordinairement aux congestions et à l'état inflammatoire de cet important organe. Ce signe pathognomonique est surtout d'une haute importance pour diagnostiquer la nature des accès de manie.

E. RENAUDIN.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie impériale de médecine.

Séance du 1er décembre 1857.

PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LVÉY.

Cas remarquable de maladie mentale. — Observation recueillie au dépôt provisoire des aliénés de l'Hôtel-Dieu de Troyes, par le docteur BÉDOR, membre correspondant de l'Académie. (*Rapport* de M. Baillarger.)

Messieurs, l'observation que M. le docteur Bédor a adressée à l'Académie peut être facilement résumée.

Le sieur X..., âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament lymphatique, mais doué néanmoins d'une très grande force musculaire, a présenté, dès ses premières années, des signes non douteux d'idiotie. A mesure qu'il avançait en âge, l'absence d'intelligence devenait de plus en plus manifeste.

X... ne put jamais apprendre à lire; il était d'ailleurs violent, indocile, plein de bizarreries. Élevé par les soins de l'administration de l'hospice de Troyes, il fut successivement placé chez plusieurs paysans, mais aucun d'eux ne put le garder. On le ramenait à l'hospice, déclarant ne rien pouvoir obtenir de lui.

Plus tard, X... devient sujet à des accès de manie périodique. Presque tous les mois il était, pendant plusieurs jours, d'une violence extrême, injuriant les personnes qui l'entouraient, proférant des menaces de mort et d'incendie. Il fallait alors quelquefois le renfermer dans une cellule, et même, dans quelques cas, le maintenir fixé par la camisole de force.

De temps en temps il quittait furtivement l'hospice, et, après avoir erré plusieurs jours dans la campagne, il revenait exténué de fatigue, les vêtements en lambeaux et couvert de boue. Cependant, dans les intervalles de ses accès, X... pouvait se livrer aux plus rudes travaux; il était infatigable et faisait à lui seul l'ouvrage de plusieurs hommes. Aussi, malgré son état d'imbécillité, trouvait-on de temps en temps des cultivateurs qui consentaient à le prendre.

Cependant, un premier fait d'une extrême gravité vint mettre fin

©BIUM

à ces essais de liberté. X... se trouvait alors chez un cultivateur du bourg d'Eslissac, lorsque, en présence de cinq ou six personnes, il commit une tentative de viol sur une paysanne. On fut forcé de le réintégrer à l'hospice de Troyes, où bientôt se passèrent les actes monstrueux qu'il me reste à raconter.

X..., trompant la surveillance, s'introduisait dans la salle des morts, quand il savait que le corps d'une femme venait d'y être déposé, et il se livrait aux plus indignes profanations.

Il se vanta publiquement de ces faits, dont il ne paraissait point comprendre la gravité. D'abord on ne put y croire; mais, appelé devant le directeur, X... raconta ce qui se passait, de manière à lever tous les doutes.

On prit, dès ce moment, des mesures pour mettre cet homme dans l'impossibilité de renouveler les profanations qu'on venait de découvrir; mais cet idiot, si privé d'intelligence pour toutes choses, déploya dans ce cas un instinct de ruse qui le fit triompher de tous les obstacles. Il avait dérobé une clef qui ouvrait la salle des morts, et les profanations de cadavres purent ainsi continuer pendant longtemps.

Il fallut enfin reconnaître l'inutilité des mesures employées jusque-là pour prévenir le retour d'actes si odieux, et X... fut envoyé à l'asile des aliénés de Saint-Dizier.

Tel est, messieurs, le fait que M. Bédor a cru devoir signaler à l'Académie.

Il me reste à présenter, sur ce fait, quelques réflexions.

M. Bédor attribue ces profanations de cadavres, commises par un homme atteint d'imbécillité, à une de ces perversions de l'instinct génésique dont le sergent Bertrand offrit, il y a quelques années, un si remarquable exemple.

C'est au moins ce qui semblerait résulter d'un passage de son mémoire. L'aliéné X... aurait, selon l'expression de M. Bédor, recherché les cadavres *par préférence*.

S'il en était ainsi, il y aurait en effet perversion maladive; mais cette opinion est bien loin d'être démontrée.

Il faudrait, en effet, savoir avant tout si l'idiot de Troyes, avant les actes dont j'ai parlé, ne vivait pas dans un état de continence forcée.

On ne trouve, dans le travail dont j'ai l'honneur de rendre compte à l'Académie, aucun renseignement à cet égard, ce qui permet de regarder ce dernier fait comme extrêmement probable.

Or, l'absence de toute idée morale et la continence suffisent pour expliquer les actes que M. Bédor a fait connaître à l'Académie.

©BIUM

J'ai vu autrefois un homme, atteint aussi d'imbécillité, mais ayant en outre une hémiplégie incomplète, et qui avait été surpris se livrant à la bestialité.

Mais déjà plusieurs plaintes avaient été portées contre lui, pour avoir attaqué des femmes qu'il rencontrait isolées dans la campagne.

Il en était de même de l'aliéné X... On a vu qu'avant d'en venir aux actes monstrueux qui ont eu lieu à l'hospice de Troyes, il avait commis une tentative de viol sur une paysanne.

Tous ces faits sont de même nature et paraissent pouvoir s'expliquer de la même manière.

L'observation du sergent Bertrand est au contraire très différente.

On se rappelle que ce jeune homme, malgré les dangers dont il se savait entouré, escaladait la nuit les murs des cimetières, déterrait des corps récemment inhumés, et les mutilait avec une sorte de rage. On a fini par découvrir qu'il se livrait aussi, sur les cadavres des femmes, à des profanations semblables à celles que commettait l'aliéné X...

Il est bien démontré, dans ce cas, qu'il y avait en effet *préférence*. Le sergent Bertrand était jeune, intelligent, parfaitement libre ; et quand on le voit s'exposer à la mort et souiller des cadavres à demi putréfiés, on ne peut s'empêcher de reconnaître une perversion de l'instinct génésique.

Rien de semblable n'a lieu chez l'aliéné de Troyes. Ces deux faits ne me paraissent donc pas de même nature.

Je dois ajouter que des profanations semblables ont été quelquefois constatées dans des circonstances bien plus odieuses, puisque ceux qui les commettaient n'étaient point, comme le malade de Troyes, dans un état d'imbécillité.

MM. Michéa, Morel, de Castelnau, Brierre de Boismont en ont cité des exemples à l'occasion du procès du sergent Bertrand. Il paraît même que, dans l'antiquité, des faits de ce genre avaient déjà été observés. Hérodote rapporte que les cadavres des femmes n'étaient livrés aux embaumeurs que plusieurs jours après la mort, et cela uniquement dans le but de prévenir les profanations. L'historien que je viens de citer ajoute même qu'on laissait s'écouler un plus grand espace de temps quand il s'agissait de femmes jeunes et belles.

L'aliéné X... n'était pas seulement dans un état très prononcé d'imbécillité ; il avait en outre un commencement de goître, et M. Bédor se demande s'il n'était pas atteint de crétinisme.

Je discuterai cette question dans un instant. Je veux seulement

©BIUM

faire remarquer ici qu'on a fait aux idiots et aux crétins une grande réputation de salacité, et que l'observation recueillie à Troyes ne manquera pas d'être invoquée comme une preuve de plus à l'appui de cette opinion.

« Chez les crétins, dit Fodéré, les organes de la génération acquièrent un grand volume, ce qui rend l'individu très lubrique, et, comme le singe, très enclin à l'onanisme.

» Il semble, ajoute-t-il, que la nature ait employé au développement de ces organes ce qu'elle a refusé à celui du cerveau. »

D'autres auteurs ont répété pour l'idiotie ce que Fodéré a dit, sous ce rapport, du crétinisme. On aurait constaté que, chez les idiots, l'activité de l'appareil de la génération est en rapport inverse avec celui de l'intelligence.

Leuret, dans une statistique faite à Bicêtre, signale plus de la moitié des idiots comme très ardents à rechercher les femmes ou comme très adonnés à l'onanisme.

Cependant, malgré ces témoignages et le nouveau fait signalé par M. Bédor, il me semble que la salacité des idiots et des crétins a été beaucoup exagérée. La question, en effet, n'est pas de savoir si le penchant vénérien existe chez beaucoup d'idiots et de crétins bien conformés, et qui, comme X..., sont doués d'une grande force. Il faudrait s'étonner qu'il en fût autrement.

Ce qu'il s'agit de prouver, c'est qu'il y a dans l'état d'imbécillité une énergie spéciale des fonctions génésiques, comme on l'observe exceptionnellement chez quelques hommes. Non-seulement cela n'est point démontré, mais je crois que les idiots sont en général, sous ce rapport comme sous beaucoup d'autres, au-dessous de l'organisation normale. Un grand nombre d'entre eux ne manifestent aucune propension aux rapprochements des sexes. Dans la statistique citée plus haut, Leuret a noté 28 idiots sur 72 qui étaient dans ce cas.

J'ai moi-même recueilli un fait de ce genre assez remarquable et des plus concluants.

Les excès d'onanisme observés chez certains idiots, et qu'on invoque comme une preuve, s'expliquent par le défaut de discernement, et, comme le fait remarquer Esquirol, par l'ignorance où sont ces malheureux des maux auxquels expose cette horrible habitude. Les tentatives brutales exercées sur des femmes, quelquefois publiquement, ne fournissent pas un meilleur argument. On ne nie pas en effet que le penchant existe, mais la manière dont il se manifeste dans ce cas spécial et en l'absence de toute intelligence, ne démontre pas qu'il ait une vivacité particulière. Je crois donc que la

©BIUM

grande énergie des organes génitaux chez les idiots, loin d'être la règle, est bien plutôt l'exception. L'opinion contraire vient de la brutalité et du manque de réserve qu'entraîne, chez les idiots et les crétins, l'absence de toute idée morale et de tout sentiment de pudeur.

On a vu plus haut que X... avait un commencement de goître, et que M. Bédor est disposé à le regarder comme atteint de crétinisme.

Plusieurs auteurs ont, en effet, indiqué le goître comme le principal signe différentiel entre l'idiotie et le crétinisme.

Dans cette opinion, l'aliéné de Troyes pourrait être assimilé aux crétins.

Cependant l'état de la science paraît, sous ce rapport, subir une singulière modification.

M. Cerise, le premier, a constaté ce fait remarquable, que la fréquence et le volume du goître sont, chez les crétins, en raison inverse du degré de crétinisme.

Plus les traits du crétinisme sont prononcés et plus le goître devient rare, moins il est volumineux.

Cette opinion de M. Cerise a été adoptée par le savant rapporteur de la commission de Piémont, dans le beau travail publié par cette commission.

Le docteur Trombotto va même beaucoup plus loin : il déclare que les vrais crétins n'ont pas de goître.

J'ai moi-même vérifié l'exactitude de ces faits, qui me paraissent d'ailleurs susceptibles d'une explication très simple.

Les individus qui offrent les symptômes du crétinisme le plus prononcé, ceux qu'on peut en effet appeler les vrais crétins, ceux-là offrent un développement incomplet de tout l'organisme. Ce n'est pas seulement, chez eux, l'intelligence qui est arriérée, c'est l'ensemble de la constitution. Ces crétins ne deviennent pas pubères.

Or, le développement du goître est lié en général au développement de la puberté.

On comprend donc pourquoi les vrais crétins n'ont pas de goître, et comment sa fréquence et son volume sont en raison inverse du degré de crétinisme.

L'existence d'un goître chez l'aliéné de Troyes ne suffit donc pas pour que cet aliéné soit considéré comme un crétin, et, sous ce rapport, je ne saurais adopter l'opinion émise par M. Bédor.

Au reste, rien de plus difficile à préciser que les caractères différentiels entre les crétins et les idiots. Notre savant collègue, M. Ferrus, dans le but d'éclairer ce sujet, vient de créer un prix de

©BIUM

500 francs, qui sera décerné l'année prochaine, par la Société médico-psychologique, à l'auteur du meilleur mémoire sur le diagnostic différentiel de l'idiotie et du crétinisme.

J'ai l'honneur de proposer à l'Académie d'adresser des remercîments à M. le docteur Bédor pour son intéressante communication, et de renvoyer son travail au comité de publication.

— Une courte discussion s'engage entre MM. Chatin et Baillarger sur les difficultés de déterminer les vrais caractères du crétinisme, et ses rapports avec le goître.

M. Bédor étant membre correspondant, il n'y a pas lieu d'émettre de conclusions sur son travail.

Société médico-psychologique.

Le prochain numéro des *Annales* contiendra le compte rendu des séances ordinaires et extraordinaires des mois d'octobre, novembre, décembre 1857, et janvier 1858.

Ordre du jour de la séance du lundi 25 janvier 1858.

1° Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance;

2° Dépouillement de la correspondance;

3° Présentation, par M. Ferrus, d'une tête de crétin envoyée par M. le docteur H. Dagonet;

4° Rapports de M. Trélat sur les candidatures de MM. Güggenbuhl et Niepce;

5° Rapports de M. Legrand du Saulle sur les candidatures de MM. P. Berthier et H. Dagonet;

6° Rapport de M. Adolphe Garnier sur la candidature de M. Journet;

7° Rapport verbal de M. Brierre de Boismont sur un ouvrage adressé à la Société par l'un de ses membres correspondants étrangers;

8° Lecture, s'il y a lieu, du rapport général sur les travaux de la Société, par M. Cerise;

9° Continuation de la discussion sur les névroses extraordinaires;

10° Communications diverses.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE.

Fisiologia e Patologia dell' anima umana, par FRANCESCO BONUCCI. — Firenze, 1854, 2 vol. gr. in-18, tipographia di Dencini.

Le livre que M. Bonucci a publié sur ce sujet est fort intéressant; c'est peut-être la première fois que la physiologie et la pathologie de l'âme humaine ont été étudiées avec soin.

Dans l'étude des sciences on a malheureusement trop abusé de l'analyse. Les sciences naturelles surtout ont été divisées et subdivisées à l'infini; l'unité des lois qui régit la nature a été complétement méconnue, et, chose incroyable, l'étude de l'homme lui-même a été non-seulement isolée de la science générale, mais encore fractionnée en plusieurs branches et en plusieurs rameaux. C'est ainsi, sans parler des sciences dites accessoires à la médecine, que nous avons des physiologistes et des anatomistes qui n'entendent rien à la pathologie, et des pathologistes qui n'entendent rien à la physiologie et à l'anatomie.

Il y a plus. La médecine et la chirurgie, qui ne sont qu'une seule et même science, ont été séparées l'une de l'autre de la manière la plus arbitraire, et chacune d'elles, enfin, a été tellement morcelée, que chaque système, chaque région du corps humain sont devenus la proie de ce qu'on appelle les spécialités médicales. C'est ainsi que nous avons des oculistes, des lithothriteurs, des dentistes, des auristes, des accoucheurs, des dermatologues, des syphiliographes, des névropathes, etc.

La vie morale elle-même est à son tour séparée de la vie physique; les branches particulières de ces deux sciences sont étudiées isolément, et nul ne songe à les réunir avec les doctrines générales qui leur ont donné origine. On peut juger par là du désordre et de la confusion qui règnent dans ce genre d'étude. C'est surtout dans les vésanies que l'obscurité est grande.

Destituée de toute base solide, la science de l'aliénation mentale marche à tâtons, sans guide et sans appui. On étudie, il est vrai, les troubles de l'esprit, mais qui en étudie sérieusement la nature et les facultés? Personne ne pense assurément à rechercher les liens

©BIUM

qui rattachent l'âme humaine à la vie particulière qu'elle anime, et encore moins les liens plus éloignés, mais également inconstants, qui l'unissent avec la vie de l'univers.

C'est une telle lacune que M. Bonucci a essayé de combler, et il y a en grande partie réussi. Son livre est rempli de très bonnes choses ; l'auteur s'élève à de hautes conceptions synthétiques sur la physiologie et la pathologie de l'âme, et parvient ainsi à éclairer d'un jour tout nouveau la science des aliénations de l'esprit.

L'observation servit sans doute de base à l'auteur, mais il se donna bien garde d'imiter la méthode vicieuse des sensualistes, qui consiste à effleurer et non à approfondir les choses, méthode funeste qui tire fatalement au matérialisme. Il n'imita pas davantage la méthode des psychologues, qui consiste à regarder l'esprit humain comme indépendant des conditions organiques et des autres facultés vitales. Sa méthode prend racine dans la doctrine ontologique, qui, grâce aux travaux de Rosmini et surtout de Pioberti, commence à refleurir en Italie. Il scella ainsi, à l'exemple des grands maîtres de l'art, l'alliance de la philosophie et des autres sciences, et particulièrement des sciences médicales.

La première partie de l'ouvrage de M. Bonucci est consacrée à la physiologie de l'âme. Elle est divisée en trois chapitres. Dans le premier il est question du *vitalisme* et de l'*animisme*. Les deux doctrines sont passées en revue et discutées avec une grande puissance de dialectique. L'auteur combat l'une et l'autre doctrine et en adopte une mixte. Suivant lui l'âme n'est pas le principe de vie même, comme le voulait Stahl, mais une faculté de ce principe. Le principe vital est la force fondamentale et substantielle de la vie ; en se développant, il étend de plus en plus ses rapports avec la nature externe, et y acquiert une plus grande indépendance, et, chemin faisant, il donne successivement naissance à trois *facultés souveraines* à l'aide desquelles s'effectue la *vie plastique*, la *vie dynamique* et enfin la *vie psychique*.

L'ame humaine, comme on le voit, serait, d'après cette doctrine, identique avec le principe vital ; elle en serait pour ainsi dire le prolongement. En d'autres termes le principe vital serait d'abord seulement plastique, puis plastique et dynamique, et enfin plastique, dynamique et psychique tout à la fois.

Cette doctrine est contraire à la doctrine de l'École de Montpellier, qui établit, comme on sait, une distinction essentielle entre le principe vital et l'âme. C'est en définitive une espèce de stahlianisme modifié dont les conséquences sont, à notre avis, aussi erronées que celles de l'animisme pur.

©BIUM

Comme nous l'avons déjà dit ailleurs (1), nous adoptons sans détour les idées vitalistes de l'École de Montpellier, attendu que l'*animisme* est, en dernière analyse, l'expression logique du panthéisme. Pour les Stahliens, en effet, l'âme intelligente est à la fois principe de vie, de sensibilité et de raison; la personnalité humaine est identifiée avec la force vitale ou végéto-animale qui se meut en dehors de la conscience et de la volonté, ce qui est évidemment absurde.

Dans le second chapitre l'auteur traite des facultés de l'âme. L'âme reçoit les impressions du dehors et réagit ensuite sur elles. Voilà la propriété fondamentale du principe immortel qui nous anime. Toutes ses facultés se réduisent donc, en dernière analyse, à deux forces ou puissances, la force réceptive et la force réactive, et Dieu est le commencement et la fin de toutes leurs actions.

La première est destinée à recevoir les opérations extérieures, et partant elle est, de sa nature, concentrique. La seconde est chargée de réagir contre les puissances qui l'ont excitée, et partant elle est, de sa nature, expansive.

Aux *facultés réceptives* (*réceptivité*) appartiennent les facultés cognitives et opératoires, l'intuition et la sensibilité. L'intuition, qui fait partie de la connaissance, est une première notion vague, confuse, incomplète et spontanée que l'âme humaine a des intelligibles, c'est-à-dire de l'être, de l'action créatrice et des existences. Elle se perfectionne plus tard avec le concours d'autres actes cognitifs. En d'autres termes, l'intuition est cette faculté de l'âme qui reçoit la lumière idéale de la réalité. Elle a été développée avec un remarquable talent d'exposition par notre immortel ami Vincenzo Gioberti, enlevé prématurément aux sciences spéculatives.

Aux *facultés réactives* appartiennent la perception et la volition, la raison et la liberté, qui sont des facultés excitées.

L'invention, l'imagination et les instincts appartiennent à la même faculté. Ce sont des facultés réactives inspirées, suivant le langage de notre auteur.

La raison n'est pas la plus haute expression de l'âme humaine, comme on le croit communément; il y en a une autre qui lui est supérieure, c'est la *surintelligence*, qui a été introduite dans la philosophie par Gioberti.

La *surintelligence* est une faculté qui nous force à croire à la réalité des essences inconnues. Elle vous élève, pour ainsi dire, au-

(1) *Du sommeil, des rêves et du somnambulisme dans l'état de santé et de maladie*, 1857. Lyon et Paris, rue Saint-Sulpice, 38, chez Périsse.

©BIUM

dessus de l'humaine créature, et constitue l'alpha et l'oméga de l'esprit humain.

Dans toute l'histoire de la philosophie, depuis Pétrarque et Platon jusqu'à Hegel et Rosmini, on ne s'était jamais occupé de rechercher si, en effet, l'esprit humain comprend quelque élément inintelligible dont la réalité soit cependant incontestable, ni quels sont les rapports de ce principe mystérieux avec la faculté de connaître et avec les autres puissances de l'âme. Sans doute tous les métaphysiciens profonds ont pressenti et reconnu le mystère de l'intelligence et des choses; mais personne n'a essayé de constater psychologiquement la notion même du mystère, croyant peut-être que son incompréhensibilité intrinsèque s'oppose à toute recherche à son égard. Quelle que soit la raison de ce silence, il est certain qu'une si grande lacune, comme l'observe Gioberti, donna naissance à de graves erreurs, et que les sciences spéculatives revêtiront un nouvel aspect toutes les fois que l'analyse psychologique du surintelligible ne sera plus oubliée ni négligée par les philosophes.

Nous avons exposé avec soin cette nouvelle faculté dans notre livre déjà cité, *Sur le sommeil*, auquel nous renvoyons le lecteur pour de plus amples détails. M. Bonucci lui accorde, comme nous, une grande importance, et c'est avec raison, car elle doit être considérée comme le pivot sur lequel doit désormais tourner tout système philosophique basé sur le principe de création.

Le chapitre troisième est consacré à l'exposition de la doctrine des rapports du physique et du moral de l'homme, doctrine essentiellement différente de celle de Cabanis. M. Bonucci, en effet, prouve que l'âme n'est ni la cause, ni le résultat de l'organisation, mais qu'elle est une force simple, spirituelle ou primitive, qu'elle ne siége point dans l'organisme, avec lequel elle a de mystérieux rapports, et que c'est à l'aide du système nerveux qu'elle manifeste sa puissance.

Les deux principales forces ou puissances de l'âme humaine sont la force opérative et la force cognitive, comme les appelle notre auteur. La première (sentiments, penchants, instincts) a sa racine dans le système ganglionnaire, et la seconde (opération intellectuelle) dans le cerveau. A ce propos M. Bonucci prend la défense du système de Gall; il soutient que la localisation des facultés n'est point une chimère. Seulement il reproche à Gall d'avoir déterminé dans le cerveau, d'une manière tout à fait arbitraire, les organes des différentes facultés de l'âme. Ce reproche lui a déjà été fait par Napoléon I[er] à Saint-Hélène. « Gall, disait le grand captif, attribue à certaines proéminences des penchants et des crimes qui ne sont

©BIUM

nullement le résultat de la nature, mais des conditions sociales. Que deviendrait l'organe du vol si la propriété n'existait pas, celui de l'ivrognerie s'il n'y avait point de boissons fermentées, et celui de l'ambition si les hommes ne vivaient point en société? »

Quoi qu'il en soit, y a-t-il des facultés de l'âme qui puissent agir sans le secours de l'organisme, comme le veut Aristote. M. Bonucci croit que l'entendement est dans ce cas; c'est aussi l'opinion de saint Thomas d'Aquin : *Virtus intellectiva*, dit cette grande lumière du moyen âge, *non est virtus alicujus organi corporalis, sicut virtus visiva est actus oculi. Intelligere enim est actus, qui non potest exerceri per organum corporale, sicut exercitur visio* (*Sum. Quæst.*, LXXVI, art. 1).

Passant ensuite à l'influence du physique sur le moral et du moral sur le physique, M. Bonucci explique cette réciprocité par sa manière d'envisager l'âme humaine comme étant une faculté du principe vital.

Telle est la partie physiologique de l'ouvrage que nous avons entrepris de faire connaître aux lecteurs des *Annales médico-psychologiques*; nous allons maintenant aborder la partie pathologique, et d'abord l'âme humaine est-elle susceptible de maladie? — Il est certain que le principe vital peut aussi bien être malade que l'agrégat matériel; c'est là la base de la doctrine des vitalistes. Or si l'âme n'est qu'une faculté du principe vital, comme le veut M. Bonucci, il est évident qu'elle peut être affectée de maladie. Telle est l'opinion de l'auteur. La folie serait donc une maladie de l'âme.

Cette doctrine est combattue par les organicistes qui n'admettent point de maladies sans lésion organique, et par les spiritualistes purs qui ne comprennent pas comment un pur esprit, un être immatériel et immortel puisse être sujet aux lois qui régissent l'organisme. Nous n'essayerons point de mettre d'accord les dissidents, cela nous entraînerait trop loin, et d'ailleurs nous perdrions notre temps; ce sont là des discussions interminables, car les preuves directes font et feront toujours défaut. Nous dirons cependant que nous ne trouvons rien d'irrationnel à soutenir que l'âme peut être malade. Qu'est-ce donc, en effet, que le vice sinon une maladie de l'âme?

Quoi qu'il en soit, d'après la théorie de M. Bonucci, les vésanies entrent naturellement dans la pathologie générale; elles sont régies par les mêmes lois que les autres maladies. La folie est donc une forme morbide dont l'essence réside tantôt dans la vie plastique, et particulièrement dans la constitution du sang ou l'inflammation lente du cerveau, tantôt dans les troubles de la vie dynamique, tantôt enfin dans les facultés psychiques.

©BIUM

M. Bonucci distingue dans l'âme humaine les facultés de la substance; les premières seules sont atteintes dans la folie, car la substance est immuable.

Lorsque l'essence de l'aliénation a son siége dans les organes propres de l'âme ou dans leurs fonctions, elle est *idiopathique*. Lorsque, par contre, elle est produite par une altération d'organes autres que le cerveau, elle est *sympathique*.

La folie sympathique a été admise par beaucoup de praticiens distingués, et, entre autres, par Chiarugi, Pinel, Esquirol et Falret; ce dernier dit positivement que le cerveau est souvent comme l'écho des souffrances des autres organes. M. Loiseau a défendu la même doctrine dans sa thèse inaugurale sur la *folie sympathique* (1856), ce qui n'implique pas assurément que la forme de la folie ne soit pas dans le cerveau et ses fonctions; mais, suivant M. Bonucci, la forme est distincte de l'essence : or il n'est pas nécessaire que celle-ci siége dans la même fonction où réside celle-là. C'est pour avoir confondu la forme avec l'essence que certains auteurs n'admettent point la folie sympathique.

La forme différentielle de la folie dépend des troubles des facultés de l'âme. Ces troubles peuvent être de quantité ou de qualité. Les troubles quantitatifs, par rapport à l'âme, ne sauraient être que de défaut. Dans les troubles qualitatifs il y a prédominance de la contraction ou de l'expansion.

M. Bonucci a divisé les différentes espèces d'aliénation, d'après la nature substantielle de leur forme, comme on peut le voir dans le tableau suivant :

AVEC ALTÉRATION QUALITATIVE. — DÉLIRES	de forme expansive.	de 1er degré : Folie. de 2e degré : Exaltation maniaque. de 3e degré : Manie.
	de forme concentrative.	de 1er degré : Monomanie instinctive. de 2e degré : Monomanie intellectuelle. de 3e degré : Monomanie sentimentale ou lypémanie.
AVEC ALTÉRATION QUANTITATIVE. — STUPEUR (*mentecottaggine* (1).	de 1er degré.	Stupidité. Démence. Imbécillité.
	de 2e degré.	Amence. Idiotisme. Crétinisme.

(1) Nous traduisons *mentecottagine* par stupeur. En italien *mentecottagine* veut dire folie. M. Bonucci désigne sous ce nom les formes d'aliénation par quantité altérée des actions psychiques.

©BIUM

L'auteur trace aussi les prodromes et la marche de l'aliénation mentale ; l'augment, la décroissance, les crises, les intermissions et les changements de la forme ; les maladies incidentes, la guérison, les récidives et la mort ; et enfin, après avoir dit un mot des qualités essentielles et générales des différentes formes de l'aliénation mentale, il définit la folie : un *désordre des facultés de l'âme qui les éloigne des lois de la santé, et qui peut exister indépendamment de toute autre forme morbide.*

La folie est de la sorte distinguée de l'erreur, qui est le résultat des imperfections naturelles des facultés de l'âme, et du crime qui est le résultat du mauvais emploi de la liberté.

Dans un autre chapitre, l'auteur traite des causes de la folie qu'il distingue d'abord en causes morales et en causes physiques. Les premières sont subjectives ou objectives.

Aux *causes morales subjectives* il rattache l'influence de l'hérédité, du sexe, de l'âge et d'autres dispositions congénitales.

Aux *causes morales objectives* il rattache les causes qui agissent dans le sein maternel et dans la première enfance, l'éducation, les émotions morales, les chagrins, la misère, l'isolement des prisonniers, l'ascétisme, etc.

Aux *causes physiques* appartiennent les dispositions congénitales, les tempéraments, les races, la menstruation, la grossesse, l'état puerpéral, l'allaitement, l'âge critique, la continence, l'onanisme, l'abus des plaisirs sexuels, l'ivrognerie, les excès de fatigue, les saignées abondantes, l'état pléthorique, la suppression des hémorrhoïdes, etc.

La folie reconnaît aussi quelquefois pour cause les maladies des viscères abdominaux ou thoraciques, celles du cerveau, la discrasie, la fièvre typhoïde, la pyrexie intermittente, les névropathies et surtout l'épilepsie, les chutes sur la tête, les substances narcotiques (opium, datura stramonium, belladone, etc.), l'abus du café, du thé, le hachich, le chloroforme, etc.

L'insolation, les climats, certaines saisons, certaines heures de la journée, exercent aussi de l'influence sur la production de la folie.

Quant aux causes du crétinisme, il y a dissension. Pour les uns, elles consistent dans la qualité de l'air ou dans le défaut de lumière ; pour d'autres, dans l'humidité, dans la qualité des eaux, qui ne sont pas iodurées ; pour d'autres, enfin, dans l'absence de l'électricité.

Le traitement de la folie exige de la part du médecin un profond discernement et une grande sagacité. Il doit varier avec la forme et l'essence de la folie. Il est physique ou moral, suivant que la forme

©BIUM

a son siége dans le physique ou le moral de l'homme. La plupart du temps, on doit employer simultanément les deux traitements ; car, comme le dit l'auteur, le physique et le moral ont des rapports si intimes que les troubles de l'un se font ressentir par contre-coup dans l'autre.

Le traitement moral fut bien compris par Pinel, Esquirol et Leuret, et avant eux par Pisani, médecin de l'asile de Palerme. Il consiste dans le raisonnement, la persuasion et les distractions de toute sorte, et surtout, suivant nous, dans l'*intimidation*. Nous avons développé avec soin cette dernière méthode (la méthode de l'intimidation), dans notre thèse inaugurale, soutenue devant la Faculté de Paris en 1843, et dans un mémoire, encore inédit, intitulé : *de la Crainte considérée comme moyen de guérison dans le traitement de la folie.* Nous démontrons dans ces deux écrits que c'est surtout par une violente perturbation morale, lorsque les autres moyens ont échoué, qu'il est possible de s'emparer de l'esprit de l'aliéné, de le dominer, de le forcer au travail et de lui procurer ainsi une utile diversion à son délire.

Les conversations agréables, la musique, les voyages, les exercices du corps, tels que l'équitation, la danse, l'escrime ; les jeux qui exigent quelques opérations de l'entendement, tels que les échecs, les dames, le whist, etc., concourent puissamment à la guérison. La culture de la terre, qui exige l'exercice de tout le corps, et qui par cela même distrait davantage l'esprit des idées délirantes, est particulièrement d'une grande efficacité.

Ces principes, que nous avons développés avec force, sont aussi adoptés par M. Bonucci.

Le traitement moral est surtout utile, suivant notre auteur, dans l'aliénation expansive, la lypémanie et la monomanie intellectuelle.

La traitement physique consiste dans les bains chauds ou froids, les affusions froides, les douches et les préparations pharmaceutiques.

Il importe de saisir les indications individuelles qu'indiquent les causes physiques, hygiéniques et pathologiques ; rétablir les menstrues supprimées, provoquer un écoulement qui a disparu, rappeler une dartre, un ulcère dont la guérison subite fut la cause de l'explosion du délire.

Mais avant d'entreprendre un traitement quelconque, il est indispensable d'isoler le malade. L'isolement suffit quelquefois pour amener la guérison.

Je me suis étendu plus que je n'en avais l'intention sur l'analyse de l'ouvrage de M. Bonucci ; mais le sujet est si intéressant que je

©BIUM

n'ai pu résister au désir de l'approfondir un peu plus qu'on a l'habitude de le faire dans un article bibliographique. Le lecteur du reste m'en saura peut-être gré, puisqu'il pourra avoir ainsi une idée assez exacte d'un livre écrit en langue étrangère, qu'il ne lira probablement jamais, à moins que quelque amateur ne s'avise de le traduire en français, et ce serait vraiment rendre service à la science, car c'est une œuvre de beaucoup de valeur. Je n'ai qu'un reproche à faire à son auteur : c'est d'en avoir beaucoup trop négligé la forme littéraire. Le style en est lourd, confus et par conséquent fatigant à lire. C'est là, hélas ! un défaut général chez les savants d'outre-monts. Les auteurs scientifiques qui sachent bien écrire sont fort rares en Italie. La langue italienne, qui est pourtant la plus belle et la plus riche des langues modernes, n'est pas étudiée par les savants italiens en général ; et c'est là probablement la cause du peu de succès des livres scientifiques écrits en cette langue.

Un auteur ne devrait jamais oublier que la forme est indispensable au succès d'un ouvrage quelconque ; elle l'emporte souvent sur le fond. Combien, en effet, de livres de peu ou de nulle valeur intrinsèque et qui sont cependant populaires, grâce à l'éloquence de leur forme littéraire ! Combien, par contre, de livres profondément médités que personne ne lit à cause de leur forme négligée ! Aussi suis-je convaincu que la traduction française du livre de M. Bonucci surpasserait l'original, et qu'elle ne tarderait pas à se répandre dans le monde médical ainsi que parmi les philosophes.

Dr M. MACARIO.

De la folie à l'époque de la puberté, par M. le docteur E. ROUSSEAU, interne à l'asile des aliénés d'Auxerre. — Paris, 1857.

La puberté résulte d'un travail dont l'essence nous est complétement inconnue ; mais, en revanche, nous voyons ses effets retentir avec une bien grande puissance sur tous les points de l'économie. A une révélation physiologique nouvelle, s'ajoute une activité psychique à peine soupçonnée jusque-là. Le champ de l'intelligence s'agrandit, l'imagination se développe, la sensibilité se perfectionne, les émotions morales deviennent plus vives, les passions s'allument ; et tandis que l'esprit s'ouvre à cette inspiration vers l'inconnu, si

©BIUM

pleine de charmes et de séductions pour l'adolescent, l'ouvrage de la nature, qui souvent s'accomplit sans secousse, vient à éprouver parfois de ces chocs terribles, dont une progression rétrograde, au physique et au moral, est encore la moins fatale des conséquences. Le travail de la puberté peut, en effet, provoquer des accidents susceptibles de se traduire par toutes les formes et par tous les degrés des névroses, depuis le spasme et la convulsion jusqu'au délire, jusqu'à la stupeur. De l'exaltation de l'intelligence à la perversion de ses actes, il n'y a qu'un pas ; aussi, lorsque l'encéphale est le siége d'une excitation permanente, il arrive un moment où la tension est si considérable que l'orage ne tarde pas à gronder : la goutte d'eau fait alors déborder le vase. Les motifs ne manquent pas à cette époque, comme le fait remarquer M. Rousseau : ce sont des habitudes poussées jusqu'à la fureur, « c'est l'aiguillon de l'amour » qui se fait sentir, pressant, irrésistible, avec son cortége de joies » et de douleurs, d'espérances et de déceptions. Quelquefois c'est » une préoccupation prématurée à certains travaux abstraits, ou » bien une étude mal entendue de la religion conduisant à des pra- » tiques austères et inconsidérées ; » tantôt c'est une émotion vive, instantanée, tantôt une cause physique, une chute ou un traumatisme quelconque. Eh bien, l'âme n'a pas le temps de réagir contre ces perturbations auxquelles elle était jusque alors restée étrangère, elle se trouble, et voici l'aliénation mentale qui entre en scène, accompagnée et suivie de toutes ses bizarreries pathologiques.

L'auteur, après avoir émis de judicieuses considérations sur cet ordre d'idées, étudie ensuite le délire et ses manifestations, s'applique à distinguer nettement la période d'incubation de la période de confirmation de la maladie, puis il passe à l'examen des différentes formes de vésanies. La manie, selon lui, est plus fréquente que la mélancolie à l'époque de la puberté ; elle peut rappeler en tous points la manie des adultes et être continue, intermittente ou rémittente. « Les jeunes gens, dit-il, sont en général loquaces ; » doués d'une activité incroyable ; ils sont portés à la forfanterie, » aux bravades ; ils veulent tout entreprendre, mais ils commencent » beaucoup de choses et n'achèvent rien... — Le délire des jeunes » filles est moins brillant ; elles sont gaies, espiègles, cherchent à » fixer l'attention ; leur mobilité est excessive, elles passent avec » une facilité merveilleuse du rire le plus extravagant aux larmes » les plus abondantes. »

M. le docteur Rousseau admet avec raison que la forme religieuse et la forme érotique sont les deux manifestations les plus habituelles de la mélancolie chez les pubères ; mais combien n'est-il pas quel-

©BIUM

quefois difficile pour le praticien de saisir toutes les nuances de cette dernière ! Les parents, dans les renseignements qu'ils transmettent au médecin, évitent avec soin de lui dire que l'amour a pu déterminer les troubles psychiques du malade; et cependant l'amour systématise son délire.

Cabanis, avec cette grande finesse que l'on retrouve dans tous ses écrits, avait déjà exprimé dans les phrases suivantes la vague incertitude et les doutes que pouvait faire naître une aliénation mentale, à forme érotique : « C'est ainsi, dit-il, que l'amour, qui est toujours » une affaire sérieuse pour le mélancolique, peut prendre chez lui » mille formes diverses qui le dénaturent, et devenir entièrement » méconnaissable pour des gens qui ne sont pas familiarisés à le » suivre dans ses métamorphoses. Cependant le regard observateur » sait le reconnaître partout : il le reconnaît dans l'austérité d'une » morale excessive, dans les extases de la superstition ; il le retrouve » dans les idées et les penchants qui paraissent les plus étrangers à » ses impulsions primitives, et le signale jusque dans les privations » superstitieuses ou sentimentales qu'il s'impose lui-même. »

M. Rousseau termine son travail en traitant, avec une certaine élévation de pensée, toutes les questions qui se rattachent au diagnostic, au pronostic et surtout à la thérapeutique de la folie à l'époque de la puberté ; puis, comme pièces à l'appui, il relate un certain nombre d'observations recueillies avec un grand soin. Formé à une bonne école, l'auteur, dans la partie clinique de son mémoire, donne des preuves réelles d'un esprit sérieux, cultivé, et habile aux investigations médicales. Dr LEGRAND DU SAULLE.

De la folie sympathique, par M. le docteur AZAM, médecin adjoint de l'asile public des aliénés de la Gironde, et professeur suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Brochure in-8, 1858.

Le travail dont nous avons à rendre compte a été inspiré par une discussion assez récente, soulevée sur le même sujet au sein de la Société médico-psychologique, qui a consacré plusieurs séances à des débats sérieux et scientifiques. Le souvenir en est encore trop récent pour qu'il ne soit pas permis de l'invoquer directement. Toutefois, n'ayant pas eu l'honneur de prendre part alors aux travaux

©BIUM

de cette savante compagnie et ayant dû faire des recherches nombreuses avant de pouvoir aborder la question *de la folie sympathique*, il nous faut entrer dans quelques considérations générales à ce sujet.

Après la lecture des comptes rendus des débats de la Société, on se trouve en face de deux opinions opposées : les uns admettent, avec MM. Belhomme, Loiseau et Legrand du Saulle, l'existence de folies sympathiques ; les autres rejettent, avec des restrictions variables, cette dénomination pathologique et attendent pour l'éclairer des faits précis d'observation clinique. Mais n'est-il pas de la plus simple logique de s'entendre d'abord sur ce qu'il s'agit de chercher, car, comment trouver une chose qu'on ne désigne pas? Et c'est précisément, dès ce premier pas, que la discussion a été arrêtée. On n'a pu, suivant nous, rapporter des faits de folies sympathiques avant d'avoir clairement défini et arrêté ce qu'il fallait entendre par cette dénomination. Or, le sens du mot *sympathie* n'est peut-être pas plus facile à interpréter que celui du mot *folie* ; il n'y a donc rien d'étonnant que les honorables membres de la Société médico-psychologique ne soient pas tombés d'accord lors d'une première discussion ; mais le moment d'ouvrir de nouveaux débats n'est pas encore arrivé et nous n'avons nulle intention de les provoquer.

Il ne peut être question ici de cette variété de folie qu'on imagine de former avec des cas dans lesquels le cerveau et la moelle, avec leurs enveloppes, auraient été atteints consécutivement à quelques désordres trouvés dans le cordon, le plexus et les ganglions du sympathique, et que, pour cette raison, on a voulu réunir sous la dénomination de *folie sympathique*. Foderé réfute victorieusement ces faits et déclare qu'il n'y a pas de *folie sympathique*.

Décomposons cette expression et cherchons d'abord le sens du terme le plus général. La sympathie, dont la signification scientifique vieillit à mesure que la physiologie étend l'horizon de nos notions, exprimait autrefois un rapport intime, secret, mystérieux, entre l'action de deux organes, rarement de plusieurs ; on confondait, sous ce nom, les synergies, comme les irradiations sensitives et les actions réflexes. Cabanis, les vitalistes et un grand nombre de physiologistes contemporains, comprennent encore les instincts dans leur énumération des sympathies. Cependant cette dénomination surannée n'est plus appliquée qu'à un petit nombre de phénomènes irréductibles encore aux lois de la saine biologie, quoique explicables et destinés à être expliqués par les phénomènes réflexes ; tels sont, par exemple, les démangeaisons du nez, accusant la présence de vers intestinaux, les chatouillements du gland avec l'existence de calculs

©BIUM

vésicaux, le tiraillement des mamelles à la suite de rapports sexuels réitérés, etc. — Mais nous avons hâte d'ajouter que ces phénomènes sympathiques ne sont pas exclusivement liés à un état pathologique ; il s'en présente également, quoique très rarement dans les conditions physiologiques ordinaires ; et, sous ce rapport, l'opinion de notre savant collègue, M. Cerise, ne nous sera pas défavorable quand nous dirons que tout récemment, M. le professeur Cl. Bernard a démontré, dans le laboratoire de M. Rayer, l'existence des sympathies physiologiques. Le professeur de physiologie a pris deux chiens : à l'un il a établi une fistule stomacale et à l'autre il a passé une sonde œsophagienne dans l'estomac, puis il a injecté quelques gouttes de vinaigre dans l'estomac des deux animaux et presque aussitôt nous avons vu les glandes salivaires fournir une abondante salivation. Cette action des glandes salivaires est évidemment sympathique et physiologique, mais n'est-ce pas également une action réflexe ?

S'il reste établi que les phénomènes sympathiques peuvent être ramenés à des phénomènes réflexes, comme le semblent admettre les physiologistes contemporains, il est évident que les sympathies ne s'exercent pas sur le cerveau, l'action réflexe étant limitée à la moelle et au bulbe. De là, il devient donc absolument impossible, si le siége de la folie se trouve dans les hémisphères cérébraux, d'admettre l'existence d'une *folie sympathique*. Les affections psychiques, citées dans le cours de cette discussion, nous paraissent rentrer tout naturellement dans le cadre ordinaire des maladies mentales ; elles devront, peut-être, grossir la liste des affections symptomatiques, mais, avant de se prononcer même à cet égard, ce que nous n'avons pas à faire quant à présent, il faudrait posséder les détails les plus circonstanciés sur la pathogénie et la subordination des causes morbides. Il ne s'agit plus, au dire même du doyen des psychiatres, du vénérable Jacobi, d'encombrer la science de nouvelles observations, mais bien de recueillir des faits complets à l'aide desquels il soit possible de déterminer enfin les causes primordiales des troubles des facultés psychiques, de discerner les désordres produits pendant la durée de la maladie et de délimiter ensuite les modifications secondaires.

Quoi qu'il en soit de ces considérations générales, elles ne nous empêchent pas de donner la plus grande attention au mémoire de M. Azam, qui a bien raison de croire que c'est plus par la publication des faits que par les interprétations théoriques que les questions pourront être élucidées. Mais une chose n'empêche pas l'autre. Voyons donc ce que nous apprennent ces observations.

Des quarante observations qui composent son mémoire, l'auteur

©BIUM

forme deux séries, dont la première renferme onze observations qu'il a recueillies lui-même dans l'asile de Bordeaux ; la deuxième série comprend vingt-neuf cas de maladies psychiques empruntées aux registres de l'établissement et rapportées sous cette forme laconique que connaissent tous ceux qui ont manié ces gros in-folios. De pareils extraits sont beaucoup trop vagues pour qu'ils puissent être invoqués dans des discussions scientifiques, et il a été impossible de comprendre ceux de cette deuxième série dans cette appréciation; il reste donc à vous entretenir de onze observations qui sont propres à l'auteur et qui forment le fond de son travail.

Après avoir pris connaissance de ces faits, on est obligé d'en appeler de nouveau au jugement énoncé ci-dessus et emprunté à Jacobi ; en effet, si un auteur veut prouver qu'une maladie dépend de telle ou telle cause, de tel ou tel désordre primordial, il faut qu'il commence par démontrer que ces conditions morbides ont préexisté à la maladie en question ; il faut, en outre, que l'enchaînement de cause à effet soit précisé et que les phases transitoires soient suivies et clairement indiquées ; il faut, d'ailleurs, de par les lois de la saine pathologie, que les désordres deutéropathiques ou consécutifs cèdent d'abord devant la médication convenablement instituée et que la lésion occasionnelle ou primordiale persiste la dernière. Or, dans ces onze observations, l'auteur nous montre des phénomènes insolites, des désordres dans les facultés psychiques qui ont été constatés non-seulement plusieurs mois, mais même des années avant que l'attention ait été appelée sur des troubles dans les organes de la génération. Il n'est pas un seul cas où une cause occasionnelle matérielle ait précédé l'invasion de la maladie mentale ; il n'est pas un seul cas où cette affection considérée comme deutéropathique, ait disparu avant les désordres de l'appareil génital ; il n'est pas un seul cas, enfin, quand il y a eu guérison, où la lésion de l'organe sexuel n'ait disparu bien longtemps avant la maladie psychique. De sorte qu'il n'est même pas permis de considérer ces phénomènes survenus du côté des organes sexuels comme des symptômes, mais tout au plus comme des épiphénomènes de ces cas de folie. Du reste, quelle que soit la tendance qu'on ait à voir avec Paracelse, tout en *microscosme* dans l'*utérus*, quelles que soient les prétentions outrées de l'école organicienne et matérialiste, quelle que soit la vogue bien fâcheuse du spéculum, il serait, sans doute, bien difficile de trouver un seul cas de maladie mentale développée à Lourcine, par exemple, où cependant les ulcérations du col et les affections inflammatoires de l'appareil sexuel se comptent par centaines. J'ai passé dans cet établissement hospitalier une année de mon internat et je n'ai pas eu

©BIUM

connaissance d'un seul fait de ce genre. Mais j'ai vu à la Salpêtrière une jeune femme mariée, qui, à la suite d'un examen au spéculum, pratiqué dans un de nos grands hôpitaux, par un de ses chirurgiens qui n'est pas des plus tendres, est tombée dans une profonde mélancolie quelques heures seulement après cette simple opération faite devant un grand nombre d'élèves. En quelques jours, les facultés de l'âme avaient recouvré la plénitude de leurs fonctions. Personne, j'espère, ne verra là un cas de folie sympathique.

Quant à la folie qui se développe pendant la grossesse et dans l'état purpéral, les plus grandes autorités, en pareille matière, MM. les professeurs Kivisch et Scanzoni n'y trouvent rien de spécial ou de particulier ; pour eux, le travail de la parturition, une stase du sang vicié par un état particulier de l'organisme sont des causes suffisantes pour hâter l'explosion d'une maladie psychique.

Mais, si le mémoire de M. Azam ne peut avoir la prétention de lever les difficultés de diagnostic que la discussion récente de la Société médico-spychologique devait même se borner à signaler, il est juste de faire remarquer le bon esprit d'observation qui a présidé au travail de notre confrère de Bordeaux. Dr SCHNEPF.

©BIUM

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Du suicide et de la folie suicide considérés dans leurs rapports avec la statistique, la médecine et la philosophie, par M. le docteur A. Brierre de Boismont. Un fort vol. in-8 de 663 pages, chez Germer Baillière, éditeur, Paris, 1856.

Étude statistique sur l'aliénation mentale dans le département du Bas-Rhin, par H. Dagonet, broch. in-8 de 92 pages.

Rapport général des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat pendant l'année 1856-57, par le docteur Boudaut, secrétaire, broch. in-8 de 72 pages.

Rapport médical sur l'asile de Stéphansfeld, pour l'année 1855, par M. le docteur H. Dagonet, médecin en chef et professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, broch. in-8 de 68 pages.

Rapport médical sur l'asile de Stéphansfeld, pour l'année 1856, par H. Dagonet, broch. in-8 de 48 pages.

De la catalepsie, par J. Falret, docteur en médecine, membre de la Société médico-psychologique, broch. in-8 de 28 pages.

De la médication stupéfiante dans le traitement de l'aliénation mentale, par M. le docteur Michéa, lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médico-psychologique, 2e édition.

Traité du goître et du crétinisme et des rapports qui existent entre ces deux affections, par M. le docteur J.-P.-A. Fabre, de Meironnes (Basses-Alpes), 1 vol. in-8, avec planch. Paris, 1857.

De quelques points encore controversés de la paralysie générale, par M. Aimé Linas, docteur en médecine, ancien interne de la maison impériale de Charenton, broch. in-4. Paris, 1857.

Rapport médical sur les maladies qui ont régné sur l'établissement pénitentiaire de l'Ilet-la-Mère (Guyane Française), par M. Marius Colson, de Toulon, docteur en médecine, broch. in-4. Montpellier.

Des maladies simulées les plus communes au point de vue du recrutement, par J.-L. Tarneau) docteur en médecine, médecin aide-major, broch. in-4. Montpellier.

©BIUM

VARIÉTÉS.

—

M. Alfred Maury, que la Société médico-psychologique compte au nombre de ses membres les plus assidus, et dont les lecteurs des *Annales* ont souvent pu apprécier les travaux, a été récemment élu membre de l'Institut (Académie des inscriptions et belles-lettres).

— M. le docteur Baume, médecin adjoint de l'asile Saint-Athanase à Quimper, a été nommé directeur-médecin du même asile, en remplacement de M. le docteur Follet, décédé.

— M. le docteur de Smyttère a été nommé médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire).

— M. le docteur P. Berthier, médecin-chef interne de l'asile public d'Auxerre, vient d'être nommé médecin des asiles de Saint-Lazare et de la Madeleine à Bourg (Ain).

— Dans sa séance du 28 décembre dernier, la Société médico-psychologique a élu *membres correspondants nationaux* : M. le docteur Azam, à Bordeaux ; M. le docteur Rousseau, à Auxerre ; *membre correspondant étranger* : M. le docteur Bich, à Aoste (États sardes).

— M. le docteur L.-V. Marcé a commencé le 12 décembre dernier, rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, n° 6, à huit heures du soir, un cours public sur les névroses et les maladies mentales. Il le continuera les mardi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Prix de l'Académie impériale de médecine, séance solennelle du 15 décembre 1857. — *Prix Civrieux.* — « *Du vertige nerveux.* » (1,500 fr.) Ce prix a été décerné à M. le docteur Max. Simon, médecin à Aumale (Seine-Inférieure).

Première mention honorable, à M. le docteur E. L. C. Trastour, de Nantes (Loire-Inférieure). — Deuxième mention honorable, à M. le docteur F. Neucourt, de Verdun (Meuse).

Prix Lefèvre. — « *De la mélancolie.* » (Prix triennal de la valeur de 1,800 fr.) Le prix n'est point décerné. Il a été accordé à titre d'encouragement :

1° Une somme de 800 fr. à M. le docteur Charrier, chef de clinique à la Faculté de Paris ;

©BIUM

2° Une somme de 400 fr. à M. Le Tertre-Vallier, médecin militaire à Amiens (Somme) ;

3° Une somme de 400 fr. à M. Giuseppe Rotta, médecin à Varallo (États sardes).

PRIX PROPOSÉS POUR 1858. — *Prix Civrieux.* — L'Académie met de nouveau au concours la question suivante :

« Établir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite ; » mais elle recommande aux concurrents non-seulement de s'enquérir de tous les faits déjà observés, mais encore de s'aider des expériences qui pourraient être faites en ce qui concerne l'inflammation des nerfs, afin de faire mieux connaître les caractères différentiels de la névrite. — Ce prix sera de 1,500 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1859.—*Prix Civrieux.* — « Des affections nerveuses dues à une diathèse syphilitique. » — Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Offre de M. Ferrus à la Société médico-psychologique, d'une somme de 500 fr., à accorder à l'auteur du meilleur travail sur la question suivante :

« Examen comparatif du crétinisme, de l'imbécillité et de l'idiotie, au triple point de vue de l'étiologie et de l'anatomie pathologique. »

PRIX ESQUIROL. — Esquirol avait fondé, en 1818, un prix de 200 fr., qu'il donnait chaque année, à la fin de son cours, à l'auteur du meilleur mémoire sur les maladies du système nerveux.

Ce prix, rétabli par M. Mitivié, neveu d'Esquirol, médecin de l'une des sections d'aliénées de l'hospice de la Salpêtrière, sera accordé à celui des concurrents qui enverra la meilleure collection d'observations relatives à l'aliénation mentale ou aux névroses.

Les internes *non docteurs* des asiles d'aliénés de France seront seuls admis à concourir.

Ce prix consistera en un exemplaire du *Traité des maladies mentales* d'Esquirol, et en une médaille d'or de la valeur de 200 fr.

Les mémoires, écrits lisiblement et dans les formes usitées, devront être envoyés au bureau du journal, avant le 31 décembre 1858.

Dans ces dernières années, le prix Esquirol a été remporté par MM. P. Berthier, interne à l'asile des aliénés d'Auxerre ; Legrand du Saulle, interne à la maison impériale de Charenton ; Félix Boureau, interne à la Salpêtrière ; Tillaux, interne des hôpitaux de Paris.

— Il en est de certaines améliorations comme de la justice, elles vien-

©BIUM

nent lentement, mais enfin elles viennent. Il a été question bien des fois, dans ce journal, de la colonie d'aliénés de Ghéel (Belgique). Dans le 5e vol., année 1845, M. le docteur Moreau tout en prenant très chaudement la défense de cette institution n'avait pas négligé de signaler ses défectuosités, entre autres l'absence d'une infirmerie générale.

Nous sommes heureux d'annoncer que ce très grave inconvénient va disparaître :

Nous lisons dans l'*Étoile belge* (n° du 6 janv. 1858) ce qui suit :

ALIÉNÉS. — *Hospices civils. Subsides.* — Un arrêté royal, en date du 31 décembre, alloue, sur le chapitre IX, article 39, du budget du département de la justice (exercice 1857), un subside extraordinaire de 51,000 francs à la commission supérieure d'inspection de l'établissement des aliénés à Ghéel (province d'Anvers), pour l'aider à couvrir la dépense qu'occasionnera la construction d'une infirmerie dans cette commune.

— Notre appel en faveur de la veuve et des six enfants de M. le docteur Le Peytre, médecin en chef du quartier d'aliénés de la Corrèze, a déjà été entendu par un grand nombre de nos confrères de Paris et des départements. Nous publierons dans le prochain numéro la liste générale des souscripteurs.

Rectification. — Nous avons annoncé dans le numéro de juillet 1856 la nomination de M. le docteur Auzouy, médecin inspecteur des eaux minérales de Cransac (Aveyron), aux fonctions de médecin adjoint à l'asile de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), mais nous avons oublié de mentionner que cette nomination remontait à la fin de l'année 1855. — En juillet 1856, M. Auzouy a été nommé médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Fains (Meuse).

Les rédacteurs-gérants,

BAILLARGER, CERISE et MOREAU (de Tours).

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

RÉSUMÉ D'OBSERVATIONS

RELATIVES A

L'HISTOIRE NATURELLE DU CRANE HUMAIN,

PAR

M. PIERRE GRATIOLET.

—

On a beaucoup exagéré, depuis Gall, l'importance de l'étude du crâne considéré comme symbole visible des aptitudes de l'intelligence. Ainsi, quelques personnes s'imaginent encore que les saillies qui apparaissent à sa surface correspondent dans le plus grand détail à certains points déterminés du cerveau, et ces rapports seraient absolus à tel point, que ces saillies auraient la même signification dans la série entière des animaux vertébrés. Nous pensons avec des auteurs illustres que ces prétentions n'ont aucune base dans la réalité; mais ceci accordé, il faudra reconnaître que certaines formes du crâne, ou plutôt certains caractères de ces formes, distinguent les différentes races humaines, que quelques-unes de ces formes sont propres aux plus élevées,

©BIUM

et dès lors l'étude de la forme du crâne présente un véritable intérêt, non sans doute eu égard au diagnostic des instincts spéciaux de l'individu, mais au point de vue des aptitudes générales et de la disposition hiérarchique des races.

§ I.—*La forme extérieure du crâne exprime-t-elle la forme générale du cerveau?*

Il faut complétement laisser de côté dans cette discussion les poissons osseux ou cartilagineux dont l'encéphale flotte en quelque sorte dans l'intérieur de la cavité crânienne; d'ailleurs, le crâne est si incomplet dans les reptiles, que cette question ne peut être abordée avec quelques chances de succès que dans les oiseaux et les mammifères. Enfin, ces derniers seuls ont quelques analogies certaines avec l'homme; c'est donc des mammifères que nous nous occuperons exclusivement.

Il est incontestable que la table interne du crâne a avec l'encéphale des rapports immédiats. Elle se moule sur le cervelet et sur le cerveau, à tel point qu'elle accuse dans les petits mammifères tous les détails des divisions et des circonvolutions cérébrales, de manière à permettre l'établissement d'une histoire comparée du cerveau des animaux fossiles. Mais la table externe du crâne accuse-t-elle à son tour ces modifications? A cette question, nous répondrons *oui*, à certains égards du moins, s'il s'agit de petits animaux, et si ces animaux ont des circonvolutions; souvent alors, par suite de l'absence presque complète d'un diploé médullaire, la lame externe s'applique si intimement sur l'interne que les côtés du crâne présentent des saillies régulières, exactement moulées sur les circonvolutions sous-jacentes; c'est ce qu'on voit avec la plus grande évidence parmi les *lémuriens* dans les makis, et parmi les *carnassiers* dans le fennec et dans la belette.

L'absence d'un diploé entre les deux lames du crâne n'amène pas toujours ce résultat chez des animaux plus grands. En effet, quand les circonvolutions sont à la fois très nombreuses et très

©BIUM

développées, elles se tassent si bien les unes contre les autres que, par suite de cet intime rapprochement, la surface générale du cerveau n'offre que des divisions linéaires, comblées par la *pie-mère*, dissimulées par la *dure-mère*, et qui ne laissent en conséquence sur la table interne du crâne que des empreintes confuses; c'est ce qui arrive en particulier dans le *Phoca vitulina*, chez lequel les parois crâniennes sont presque papyracées, ce qui est, pour le dire en passant, un signe d'élévation.

Dans ce cas toutefois, la surface du crâne exprime encore, non les détails, mais la forme générale du cerveau; or, il n'en est plus de même, quand les deux tables sont séparées par un diploé médullaire, comme cela a lieu le plus souvent, ou par une couche épaisse de cellules aériennes, comme on le voit en particulier dans les éléphants. Il n'y a alors entre les deux tables aucune correspondance nécessaire; on explique aisément ainsi pourquoi le crâne mince, en général, des hommes de race blanche exprime mieux la forme du cerveau que le crâne épais des races noires de l'Afrique et de la Mélanésie; mais les sinus aériens du frontal et l'épaisseur du diploé en quelques régions, altèrent en beaucoup de points ce rapport.

§ II. —*Les différentes pièces en ceinture ou arcs vertébraux qui composent le crâne, correspondent-elles nécessairement à des régions déterminées du cerveau?*

Les branioscopistes allemands, M. Carus par exemple, ne l'ont pas mis en doute. Mais l'anatomie comparée n'est point favorable à cette manière de voir; ainsi, bien que le lobe postérieur ait une énorme proportion dans les *cynocéphales*, la pièce supérieure de l'occipital est chez eux extrêmement petite, eu égard à ce qui a lieu dans l'homme, chez lequel ce lobe proprement dit est réduit au minimum de ses dimensions relatives.

Dans l'espèce humaine toutefois, et dans la plupart des singes de l'ancien continent, il y a un rapport assez constant entre la position de la suture transverse et celle du sillon de Rolando qui

©BIUM

marque la limite postérieure du lobe frontal, en sorte que la grandeur de ce lobe répond assez exactement à l'étendue de l'os frontal. Mais la saillie du front en avant n'exprime point nécessairement ce développement, et les phrénologistes se trompent étrangement à cet égard ; ce que je vais essayer de rendre sensible en peu de mots.

§ III. —*De l'inclinaison de la suture transverse et de la figure des sections horizontales du crâne dans les principales races humaines.*

La méthode de Camper pour la détermination de la ligne faciale, et surtout l'importance physiologique qu'on a donnée depuis à cette ligne dont la valeur est purement esthétique, ont été très justement critiquées par Blumembach ; en effet, le caractère est sans utilité, quand on l'observe isolément, en négligeant un autre élément indispensable à la discussion du problème, à savoir : l'*inclinaison de la suture transverse*.

Dans toutes les races noires, le plan que suit la suture transverse est parallèle au plan de la ligne faciale, non telle que l'a déterminée Camper avec une incroyable négligence des points de repère, mais telle qu'on l'obtient au moyen d'une droite tangente aux dents incisives supérieures et à la saillie surcilière. Ainsi, sur une tête de nègre mozambique ou de Mélanésien vue de profil, le bord antérieur du pariétal a la même direction que la face. On peut ajouter que dans ces races, le sommet de la grande aile du sphénoïde qui s'articule avec l'angle antéro-inférieur du pariétal, dépasse à peine le niveau de la suture fronto-malaire. Dans la race blanche, on observe des conditions fort différentes. Le sommet de la grande aile du sphénoïde s'élève d'un et quelquefois de deux centimètres au-dessus de ce niveau ; en s'élevant ainsi, il soulève l'angle antéro-inférieur du pariétal qui, rejeté en arrière par un mouvement de bascule, anticipe sur la face postérieure du crâne ; ce n'est pas tout : son bord antérieur s'inclinant en arrière, le

©BIUM

plan de la suture transverse coupe celui de la ligne faciale vers le tiers inférieur de la face. Ainsi, quelle que soit l'inclinaison du front en arrière, un plus grand champ est ouvert aux développements possibles du frontal. Dès lors, une plus grande inclinaison de la suture transverse pourra compenser l'inconvénient d'un front fuyant, ce qui explique pourquoi, dans la race blanche, les signes esthétiques individuels n'ont point une valeur absolue comme éléments physiognomoniques ; en effet, le front le plus droit, un profil de Jupiter olympien, pourront être le partage d'un idiot, si le plan de la suture transverse est parallèle à celui de la ligne faciale.

Il ne faudrait pas d'ailleurs se borner à cette indication pour apprécier le développement général de la loge frontale.

Blumembach a fait une remarque intéressante et féconde : comparant le crâne des blancs à celui des Mongols, il observe que, chez ces derniers, l'œil dirigé sur le vertex voit les arcades zygomatiques séparées des parties temporales du frontal par un assez large intervalle, tandis que chez les blancs, elles dépassent à peine la courbe du crâne. Cette observation est pleine de justesse, et il en résulte nécessairement cette conséquence, que le front est relativement plus large dans la race blanche que dans la race mongolique ; mais il n'est pas facile d'en tirer une méthode applicable dans tous les cas ; le procédé que je propose ici me paraît d'un emploi plus facile.

Il suffit de considérer de face le front d'un noir d'une race quelconque, pour faire une remarque immédiate : c'est que la largeur de ce front est exclusivement comprise entre les deux crêtes temporales. Les portions de la surface du frontal qui sont en dehors de cette crête, sont cachées au fond des fosses temporales, et ne sont pas alors visibles. Chez l'homme blanc, au contraire, ces régions temporales, ou plutôt sphéno-pariétales du frontal, font partie de la face ; ainsi, l'os frontal tout entier sert à l'ampliation du front. Cette remarque confirme évidemment celle de Blumembach, et toutes les deux sont expliquées

©BIUM

par la considération des courbes que présentent, dans les principales races, des sections horizontales du crâne.

Les courbes présentent dans les races nègres deux types principaux, savoir : le type allongé et le type ovalaire.

Le premier type est commun, sauf quelques différences accessoires, aux nègres d'Afrique, à la race australienne et aux Endamènes de Waigiou et de la Nouvelle-Guinée. La section horizontale de leur crâne présente à peu près la forme d'un rectangle très allongé, dont on aurait légèrement arrondi les angles. La longueur de son aire l'emporte de plus d'un quart, et quelquefois d'un tiers sur sa largeur.

Le second type nous est offert par une race à peu près anéantie, celle qui habitait la terre de Diémen, aujourd'hui appelée Tasmanie. La section horizontale des crânes de cette race a la forme d'un triangle tronqué à son sommet, qui correspond au front, et dont les angles seraient abattus. Ainsi, les pariétaux l'emportent sur le frontal par la largeur, et la tête n'est pas aplatie sur les côtés, comme dans les autres nègres.

Dans une seconde division, deux types nouveaux, mais en quelque sorte parallèles aux premiers, nous sont offerts par les blancs et par les Mongols. Elliptiques dans les blancs, les sections sont ovalaires dans les Mongols. Nous trouvons, en général, ici des formes moins anguleuses, plus arrondies.

Dans la forme la plus allongée du crâne chez les blancs, le diamètre longitudinal l'emporte au plus d'un quart sur le diamètre transversal; mais la différence n'est, dans la plupart des cas, que d'un cinquième, un sixième et même un septième de la longueur totale ; cette longueur est relativement plus grande chez l'enfant nouveau-né, mais les différences entre les deux diamètres diminuent par degré. L'enfant comparé à l'adulte est, par conséquent, dolichocéphale, et cela, de la manière la plus marquée. Ainsi, la forme du crâne change avec l'âge ; on peut demander à l'observation la formule générale de ces modifications.

©BIUM

§ IV. — *Des changements principaux que présentent les formes du crâne à partir de la naissance.*

On admet en général que le front est plus grand dans les enfants que dans les adultes ; cela est vrai sans doute, si l'on a seulement égard à la grandeur de la face ; mais cette opinion est erronée, si l'on juge du front par comparaison avec les autres régions du crâne. J'ai essayé d'apprécier les faits, en prenant des points de repère fixes, tels que les points d'ossification et les sutures.

Si nous considérons, sur une de ses faces latérales, le crâne d'un enfant nouveau-né, nous distinguons aisément une dépression, ou, si l'on veut, une vallée oblique qui, du sommet de la grande aile du sphénoïde, s'étend vers le point central d'ossification du pariétal. Cette vallée correspond fort exactement à la *scissure de Sylvius* du cerveau et l'exprime. Au-dessous d'elle, on remarque une saillie arrondie qui répond au lobe inférieur du cerveau ; au-dessus, on observe un soulèvement moins marqué ; la région du crâne qui l'occupe enveloppe les lobes frontaux et pariétaux.

On peut dès lors très aisément apprécier les proportions relatives des diamètres transverses du crâne, mesurés soit au-dessus, soit au-dessous de la scissure de Sylvius ; ces derniers l'emportent d'une manière fort sensible. On en conclut naturellement une prédominance marquée des lobes inférieurs du cerveau sur les supérieurs, ce qui est évidemment un reste des formes fœtales.

On peut développer encore cette proposition. Si, du point central d'ossification du pariétal avec un rayon égal à la distance qui sépare ce point de la suture transverse, nous traçons sur le crâne d'un enfant nouveau-né une courbe fermée, cette courbe passera à un centimètre environ au-devant de la suture lambdoïde et sera comprise en entier dans l'étendue de l'os pariétal.

Les choses diffèrent beaucoup dans l'adulte : une courbe tracée

©BIUM

dans les mêmes conditions dépasse en bas l'os pariétal, anticipant de près d'un centimètre sur l'os squameux ; enfin, elle touche en arrière la suture lambdoïde. Cette observation fait voir qu'à partir du moment de la naissance, le cerveau s'accroît plus rapidement en avant et en haut qu'en bas et en arrière ; cette remarque peut être confirmée d'une manière très facile :

Si, en effet, prenant toujours pour centre le milieu du point d'ossification du pariétal, avec un rayon égal à la distance qui sépare ce point du milieu du noyau d'ossification des bosses frontales, nous traçons sur le crâne une courbe fermée, cette courbe touchera chez l'enfant nouveau-né au point le plus saillant en arrière de l'occipital ; chez l'adulte, elle dépassera ce point de deux centimètres au moins, et anticipera sur le côté opposé de la tête. Ainsi, toutes les observations coïncident. Elles prouvent qu'à partir de la première enfance, le mouvement d'accroissement du cerveau est plus rapide dans ses parties frontales.

La vérité de cette proportion saute aux yeux, quand on examine des crânes d'enfants âgés de trois à quatre ans. Mais la dilatation des parties supérieures du cerveau se fait d'arrière en avant, en sorte que le crâne rappelle à certains égards la forme mongole. La prédominance de la loge cérébrale en arrière, comparée à l'exiguïté de la loge cérébelleuse, donne d'ailleurs à la tête des enfants de cet âge une physionomie toute particulière. Le front aussi a une physionomie remarquable. Arrondi sur les côtés dans la partie supérieure de ses régions temporales, il est étroit du côté de la face, et l'on observe une sorte d'étranglement du cerveau au-devant du lobe sphéno-temporal. Mais bientôt cette physionomie générale change : la loge cérébelleuse s'agrandit, le frontal se dilate, et les sections horizontales de la tête, ovales d'abord, deviennent à peu près elliptiques, du moins dans la race blanche que j'étudie plus spécialement ici, car dans les races inférieures, les loges postérieures du crâne conservent plus ou moins leur prédominance. Il en résulte certaines con-

©BIUM

séquences fort remarquables, telles que des différences marquées dans la structure et la marche d'ossification des sutures.

§ V.—*Remarques sur les sutures du crâne.*

Les sutures indiquent les séparations des pièces primitives qui composent le crâne, et à mesure qu'il s'achève, ces séparations deviennent moins distinctes. Elles s'effacent enfin peu à peu, et finissent par disparaître. Quand la tendance du cerveau au développement est énorme, comme dans l'hydrocéphalie, ce rapprochement est difficile; alors les bords des sutures poussent avec énergie, les os wormiens se multiplient, les sutures sont aussi compliquées que possible.

Les idiots microcéphales et les races inférieures nous offrent une condition opposée. Le cerveau se développant faiblement, les os sont peu écartés; ils se rapprochent aisément et leurs sutures s'effacent de fort bonne heure. Aussi ces sutures sont-elles fort simples; elles ne présentent jamais d'os wormiens, elles n'ont surtout en avant que des flexuosités à peine marquées.

La race blanche normale présente à cet égard des conditions intermédiaires. Les sutures, beaucoup plus compliquées que dans les idiots et les sauvages, le sont moins que dans les hydrocéphales. Toutefois, les sutures sont sinueuses et dentelées. On peut conclure ainsi que, dans cette race, le cerveau sollicite le crâne à un développement plus actif que dans les races sauvages.

On observe d'ailleurs des différences remarquables dans l'ordre d'oblitération successive des sutures. Dans toutes les races, il est vrai, la suture frontale et la suture sagittale se ferment les premières. Mais dans les races sauvages, l'oblitération de la suture transverse précède celle de la suture lambdoïde; chez la plupart des blancs, au contraire, la lambdoïde se soude avant la transverse. Ainsi, chez les premiers, le crâne se ferme d'abord en avant. Chez les blancs, il se ferme d'abord en arrière, et

©BIUM

cette remarque est confirmée par la persistance fréquente de la suture médio-frontale dans la race blanche, persistance qu'on n'observe jamais dans les races noires, et peut être même dans la race mongolique.

D'ailleurs, dans les races noires, l'ossification complète des sutures est précoce ; elle est tardive dans les races blanches. Cette durée, souvent prolongée jusque dans la vieillesse, de l'une des conditions organiques de l'enfance, semble indiquer que, dans les hommes de race blanche, le cerveau subit pendant toute la vie un accroissement lent, mais continu. De là, peut-être, cette perfectibilité presque indéfinie, cette perpétuelle jeunesse de l'esprit qui, chez les hommes qui pensent, semble défier la vieillesse et la mort ; chez les idiots, au contraire, et dans les races abruties, le crâne se ferme sur le cerveau comme une tombe. Ce n'est plus alors un temple divin, pour me servir de l'expression de Malpighi ; c'est une sorte de casque, souvent capable par son épaisseur de résister à des coups de massue.

§ VI.—*De l'épaisseur des os du crâne et des sinus.*

Cette épaisseur est en effet remarquable dans les races sauvages : les sinus en outre manquent absolument ; le crâne est dur, presque éburné, pesant. Le crâne du blanc, au contraire, est mince, léger, aérien. Le diploë y est rare et ténu. Les idiots semblent cependant se rapprocher des races sauvages par l'épaisseur des os de leur crâne et l'absence de sinus.

Ainsi, le crâne du blanc normal, considéré comme le prototype de la beauté humaine, est caractérisé : 1° par la grandeur de sa capacité, mais surtout par l'étendue relative de sa loge frontale ; 2° par la longue persistance de ses sutures, et surtout de la suture transverse ; 3° par la légéreté des os qui le composent, et par la grandeur de leurs sinus aériens : caractères qui distinguent beaucoup mieux la race blanche que la considération exclusive de sa capacité, ou même de la rectitude du front.

©BIUM

§ VII.

On pourrait ajouter beaucoup sur les rapports fort compliqués et très variables des os qui composent le crâne avec les loges faciales des principaux organes des sens, mais ces considérations, propres surtout à caractériser l'homme en général, nous entraîneraient beaucoup trop loin dans le domaine de l'anatomie comparée. Je me borne donc, pour le moment, aux observations que j'ai plus haut résumées, et dont il est facile de tirer, dans une juste mesure, certaines raisons de préférer certaines formes crâniennes, considérées comme exprimant, sinon le degré d'une intelligence individuelle, du moins la dignité et l'énergie virtuelle de la race.

©BIUM

DE LA CAUSE ANATOMIQUE
DE
QUELQUES HÉMIPLÉGIES INCOMPLÈTES
OBSERVÉES CHEZ LES DÉMENTS PARALYTIQUES.

Mémoire lu à l'Académie de médecine

PAR

M. BAILLARGER.

« Il est bien des cas de paralysie générale des aliénés où la lésion des mouvements est plus profonde à droite qu'à gauche; mais ces cas font exception, ils doivent fixer l'attention. La prédominance de la paralysie générale indique qu'il existe dans l'hémisphère opposé quelque chose de particulier n'existant pas dans l'autre hémisphère; il faut faire des efforts pour savoir en quoi consiste ce quelque chose. »

M. CALMEIL.

La pathologie du cerveau, malgré les progrès considérables qui ont été réalisés, présente encore bien des faits inexpliqués, et quelquefois, on le sait, des exceptions aux règles en apparence le mieux établies.

C'est dans les fonctions si compliquées et si diverses de l'organe encéphalique qu'il faut chercher la cause des difficultés nombreuses que tous les auteurs ont signalées. — Les faits sur lesquels je viens appeler l'attention, sans avoir assurément une grande importance, me semblent cependant destinés à combler une des lacunes dont je viens de parler.

On observe assez souvent, chez les déments paralytiques, des hémiplégies incomplètes, qui commencent par être passagères, mais finissent par être permanentes. C'est un fait qui n'avait pas échappé à Esquirol et à Georget, et qu'on trouve

©BIUM

dans les descriptions, très incomplètes d'ailleurs, qu'ils ont données de la paralysie générale. Esquirol a même indiqué de quel côté, suivant lui, s'observent le plus souvent ces hémiplégies ; il prétend que c'est à gauche.

Pour l'étude que nous allons faire, ces observations d'hémiplégies se divisent en deux classes :

Les unes s'expliquent, après la mort, par des lésions ordinaires, hémorrhagie, ramollissement, etc. D'autres, et je crois que c'est le plus grand nombre, ne laissent après elles aucune altération locale à laquelle on puisse les rattacher. C'est de ces dernières seulement qu'il sera ici question.

Presque tous les auteurs qui ont écrit sur la paralysie générale en ont observé des exemples. On en trouve, entre autres, dans les ouvrages de MM. Bayle, Calmeil, Parchappe ; j'en ai moi-même recueilli un certain nombre de cas.

Il y a un an environ, un fait de ce genre s'étant encore présenté à moi, je crus devoir rechercher si la prédominance de la paralysie dans un côté du corps ne pourrait pas s'expliquer par la prédominance d'atrophie dans l'hémisphère opposé.

On sait, en effet, que l'atrophie congénitale de l'un des hémisphères cérébraux est toujours accompagnée d'hémiplégie ; pourquoi n'en serait-il pas de même de l'atrophie partielle survenant accidentellement ?

Cette atrophie de l'un des hémisphères pouvant n'être pas assez considérable pour être appréciée par la simple inspection du cerveau, il fallait recourir à la balance. J'ai donc séparé avec soin les deux hémisphères pour les peser séparément.

Le premier fait a confirmé l'idée théorique que je viens d'émettre : l'hémisphère opposé à la paralysie s'est trouvé plus léger d'environ 40 grammes.

Depuis lors, sept cas semblables ont été recueillis, et toujours l'hémisphère opposé à l'hémiplégie a présenté une différence très notable de poids.

Cette différence a varié entre 20 et 62 grammes ; dans les

©BIUM

derniers cas, j'ai pu annoncer à l'avance l'atrophie prédominante de l'un des hémisphères, et ma prévision a été justifiée.

Ainsi, les hémiplégies, qui, chez les déments paralytiques, ne se trouvent pas expliquées à l'autopsie par une lésion locale, le seraient par l'atrophie prédominante de l'hémisphère opposé.

Tel est le fait sur lequel j'ai cru devoir appeler l'attention, et qui n'avait point encore été signalé.

Après avoir constaté ce fait, il reste à en rechercher les causes.

Pourquoi cette atrophie prédominante dans l'un des hémisphères?

Comment se produit-elle?

Telles sont les questions que je vais examiner.

Les observations d'hémiplégie que j'étudie ici peuvent, je crois, donner une explication très plausible de l'atrophie prédominante dans l'un des côtés du cerveau.

Les déments paralytiques, on le sait, sont sujets à de fréquentes congestions, qui précèdent souvent la maladie et se continuent pendant les diverses périodes qu'elle parcourt. Ces congestions n'offrent pas toutes le même caractère. Quelquefois elles amènent la résolution de tous les membres sans prédominance de paralysie d'un côté du corps. Mais, dans beaucoup de cas, il en est autrement; la paralysie existe seulement à droite ou à gauche.

Ici je ne m'appuierai pas seulement sur les observations que j'ai moi-même recueillies, j'invoquerai le témoignage de deux auteurs justement estimés parmi ceux qui ont écrit sur la paralysie générale. Voici comment s'exprime M. Bayle, en parlant de la deuxième période de cette maladie : « Il survient assez souvent, dit-il, pendant son cours, des attaques apoplectiformes, dans lesquelles les malades perdent le sentiment et le mouvement d'une manière plus ou moins complète. Au bout de quelques heures ou d'un jour la connaissance se rétablit.

©BIUM

« Il reste souvent une hémiplégie incomplète d'un des côtés du corps qui ne tarde pas elle-même à se dissiper, à l'aide des moyens appropriés. »

On voit que M. Bayle a observé souvent ces congestions accompagnées et suivies d'hémiplégies incomplètes.

Il en est de même de M. Calmeil. Il n'est pas rare, dit-il, au fort de l'accès de congestion, de voir la lésion des mouvements prédominer à droite ou à gauche, suivant que la compression est plus intense vers l'hémisphère gauche ou vers le lobe droit du cerveau.

Cette prédominance de paralysie à droite ou à gauche ne peut en effet s'expliquer, comme le dit M. Calmeil, que par une compression plus forte sur l'un des hémisphères ; et cette compression ne tient évidemment elle-même qu'à la prédominance de la congestion dans l'un des côtés du cerveau.

On voit donc qu'il y a très souvent, chez les déments paralytiques, des congestions qui prédominent dans l'un des hémisphères. Ce fait est admis par tous les auteurs ; sans insister davantage sur ce point, il faut désormais distinguer deux ordres d'observations : ou bien les congestions prédominantes, en se renouvelant, portent tantôt sur l'un des hémisphères et tantôt sur l'autre ; ou bien, au contraire, on les observe constamment du même côté.

Ce dernier cas se présente moins fréquemment que l'autre, mais il est cependant bien loin d'être rare.

On voit souvent des malades qui, après avoir eu une première hémiplégie passagère à gauche en ont une seconde, puis une troisième toujours du même côté.

Dès lors, on prévoit l'explication de l'atrophie prédominante dans l'un des hémisphères. Elle se présentera chez ces malades qui ont eu antérieurement des congestions unilatérales, congestions qui se sont reproduites constamment sur le même hémisphère.

Au point de vue anatomique, la paralysie générale débute par

©BIUM

une congestion, et finit par une atrophie. On comprend donc que, si cette congestion prédomine à gauche ou à droite, l'atrophie prédominera aussi d'un côté. L'atrophie prédominante trouve donc son explication dans ces congestions plus ou moins répétées sur l'un des hémisphères.

Dans les observations dont je viens de parler, la congestion unilatérale nous est attestée par les symptômes d'hémiplégie, qui surviennent d'une manière brusque et se renouvellent plus ou moins fréquemment. Mais on admettra qu'il peut y avoir des faits d'une nature différente, dans lesquels la congestion se produit d'une manière plus ou moins lente, et principalement aussi sur l'un des hémisphères.

Les auteurs, en effet, ont admis deux sortes de congestions dans la paralysie générale, les unes lentes et permanentes, les autres brusques et instantanées. Ces deux espèces de congestions peuvent aussi se produire dans l'un des hémisphères isolément. Il nous suffira donc, dans quelques cas, de voir l'hémiplégie s'établir lentement, graduellement, chez un dément paralytique, pour admettre la congestion permanente de l'hémisphère opposé, et l'autopsie viendra nous révéler la prédominance d'atrophie comme conséquence de cette congestion.

Il me reste maintenant à examiner si l'atrophie plus grande d'un des hémisphères est bien réellement la cause de l'hémiplégie. Quand les fonctions d'un organe s'affaiblissent et finissent par s'abolir, cet organe s'atrophie. La lésion des mouvements portant davantage sur l'un des côtés du corps, on concevrait donc l'atrophie prédominante dans l'hémisphère opposé, non comme cause, mais comme effet de la lésion des mouvements.

Je ne crois pas que cette explication puisse être admise ici, et voici les raisons qu'on en peut donner :

On ne doit pas rapporter l'atrophie à l'inactivité fonctionnelle, lorsque celle-ci, au lieu d'être primitive et de se manifester dans un organe sain, arrive comme dernière transformation de lésions successives antérieures. C'est une atrophie de ce

©BIUM

genre qu'on observe dans les dernières périodes de la maladie de Bright. Or, il en est de même dans les paralysies générales. Le cerveau n'est point atrophié dans les premiers degrés de cette maladie ; il est le siége de congestions très fortes, comme le prouve la dilatation des vaisseaux.

Ces congestions provoquent des lésions de diverse nature, et c'est à ces lésions que succède, en dernier lieu, l'atrophie. Ainsi l'atrophie peut s'expliquer ici autrement que par l'inactivité fonctionnelle ; ajoutons que cette atrophie, dans la paralysie générale, arrive quelquefois à un degré extrême dans un temps assez court.

Les déments paralytiques, comme on le sait, ne cessent de marcher que dans la dernière période, et celle-ci ne se prolonge en général que quelques mois, rarement plus d'une année ; cependant on constate souvent, à l'autopsie, une atrophie de 200 à 300 grammes, et une perte de poids aussi considérable ne peut s'expliquer que par la seule inactivité fonctionnelle.

Je pense donc que les hémiplégies des déments paralytiques peuvent et doivent être rapportées à la prédominance d'atrophie de l'un des hémisphères, non pas à cette atrophie en tant que simple diminution du poids, mais à cette atrophie expression d'une lésion générale, dont elle est le résultat et dont il est impossible de la distinguer, cette lésion n'étant pas connue dans sa nature.

Les faits que je viens d'exposer me paraissent pouvoir se résumer dans les propositions suivantes :

1° Les congestions qui précèdent la paralysie générale, ou qui surviennent dans son cours, sont souvent accompagnées d'hémiplégies passagères ;

2° Ces hémiplégies passagères portent assez souvent sur le même côté ;

3° En se répétant sur un seul hémisphère, ces congestions finissent par amener des hémiplégies persistantes, le plus souvent incomplètes ;

©BIUM

4° Ces hémiplégies dont beaucoup étaient restées inexpliquées, l'hémisphère opposé n'offrant aucune altération locale, ces hémiplégies paraissent devoir être rattachées à une prédominance d'atrophie dans l'hémisphère opposé à la paralysie.

Je crois devoir citer à l'appui des conclusions qui précèdent quelques-unes des observations que j'ai recueillies.

OBSERVATION I.

Excès alcooliques. — Hallucinations. — *Guérison.* — Trois mois après, signes de paralysie générale. — Agitation. — Tendance au délire ambitieux. — Hémiplégie *gauche*. — Amélioration. — Retour des accidents. Mort après trois ans. — L'hémisphère *droit* pèse 61 grammes de moins que le gauche. — Atrophie générale. — Adhérences. — Substance grise ramollie, substance blanche indurée.

La femme X..., âgée de trente-cinq ans, a toujours mené une vie fort dissipée. Depuis plusieurs années, à la suite de revers de fortune, elle s'est adonnée à la boisson. D'une bonne santé d'ailleurs, elle n'avait jamais présenté, ni aucune personne de sa famille, le moindre signe d'aliénation mentale.

Au mois de janvier 1854, X... perd subitement le sommeil, accuse en même temps une céphalalgie très intense, et se plaint de visions qui la poursuivent nuit et jour ; elle voit autour d'elle des cercueils, des corbillards, et s'imagine qu'elle va mourir. Pendant quelques jours, elle est très agitée; puis la céphalagie et les visions disparaissent, et elle recouvre toute sa raison.

Trois mois après, de nouveaux accidents se produisent. X... néglige toutes ses affaires, passe son temps à des futilités; elle fait et défait ses robes, etc. Quelquefois elle semble n'avoir plus conscience de ses paroles et de ses actes, et prononce des mots incohérents. Elle est amenée à la Salpêtrière le 16 juin 1854.

La figure est pâle et amaigrie; il y a de l'hésitation dans la parole, de la faiblesse dans les mains, une certaine vacillation dans la marche. La malade ne sait pas où elle est, se tourmente

©BIUM

beaucoup de ses affaires, a une tendance marquée au délire ambitieux. Elle a, dit-elle, chez elle de beaux meubles, de riches toilettes; elle est très agitée, refuse tout travail.

Cet état persiste pendant quinze ou vingt jours, après lesquels une notable amélioration se manifeste.

La figure devient meilleure, les mains sont plus fortes, la parole plus libre, la démarche moins chancelante; la malade consent à travailler.

Trois mois après, dans le courant du mois de novembre 1854, cette amélioration a fait des progrès sensibles : tout embarras de parole a presque entièrement disparu; la démarche est assurée; l'intelligence paraît nette. On remarque cependant que cette malade travaille très peu et ne pense guère qu'à manger.

A la fin du même mois, sans aucun symptôme précurseur, X... est subitement atteinte d'une hémiplégie incomplète; elle se tient debout, mais tout son corps penche à gauche, elle ne peut porter le bras de ce côté jusqu'à sa tête; la bouche est déviée à droite, la parole embarrassée. Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, dès le lendemain l'hémiplégie a diminué, le mouvement est revenu dans le bras gauche, la bouche n'est plus déviée; il reste seulement de la faiblesse dans le côté gauche et un embarras de parole plus marqué qu'avant l'accident.

Dans le courant de décembre, sans disparaître complétement, ces symptômes eux-mêmes diminuent beaucoup, et, à la fin du mois, la malade sort de l'hospice.

Elle passe toute l'année 1855 chez son mari. L'intelligence paraît avoir diminué. On remarque une faiblesse prédominante dans le côté gauche, et par instants du bégayement.

En 1856, pour la troisième fois, des accidents graves reparaissent. Traitée d'abord à Charenton, elle est ramenée à la Salpêtrière au mois de mai 1856.

Bégayement, démarche chancelante, état de stupeur et de démence; tous les signes d'une paralysie générale très avancée;

©BIUM

et cette fois, loin de diminuer, ils vont, au contraire, en s'aggravant très rapidement. Ainsi, deux mois après son entrée, en juillet 1856, la malade est devenue gâteuse; sa figure a vieilli; ses traits se sont relâchés, sa prononciation est de plus en plus embarrassée. Cinq mois après, au mois de novembre, elle ne se lève plus du tout; elle est extrêmement maigre; elle ne prend plus que des aliments liquides.

Au mois de janvier 1857, elle est mourante; elle rejette toute espèce d'aliments; la langue est noire et sèche, les dents fuligineuses; cependant il n'y a pas d'eschares; le pouls est presque normal; la malade peut encore prononcer quelques mots. La mort arrive le 16 janvier 1857.

Durant cette dernière période, les accidents hémiplégiques ont persisté; ils ont même présenté une aggravation momentanée. La malade s'est un jour réveillée complétement hémiplégique; le bras gauche immobile et contracturé, la jambe gauche inerte; la bouche déviée à droite. Des sangsues furent appliquées à l'anus, et dès le lendemain la déviation de la bouche avait disparu; le bras, la jambe avaient en partie recouvré le mouvement. Jusqu'à la fin de la vie cependant, une faiblesse beaucoup plus marquée persista dans tout le côté gauche.

Autopsie. — Le corps ne présente aucune trace d'eschares. A la face interne du crâne, sur la partie antérieure et médiane de la voûte, au-devant de l'apophyse crista-galli, dont elle est séparée par une échancrure, on remarque une saillie osseuse mince et tranchante contenue dans l'épaisseur de la faulx cérébrale. Cette saillie est triangulaire; elle a près d'un demi-pouce de hauteur; elle se perd insensiblement de bas en haut.

Le cerveau est très petit. A la simple inspection, on reconnaît une disproportion marquée entre le volume de cet organe et celui du cervelet, et aussi une différence entre les deux hémisphères du cerveau.

On trouve pour le poids total de l'encéphale, 955 grammes; pour celui du cerveau, 800 grammes; pour celui du cervelet et

©BIUM

de la protubérance, 155 grammes; l'hémisphère gauche pèse 431 grammes ; l'hémisphère droit 369 grammes.

On a recueilli 150 grammes de sérosité qui était principalement épanchée à la base.

L'arachnoïde viscérale, examinée avec soin dans toute l'étendue du cerveau, n'offre aucune trace d'opacité.

La pie-mère, sauf en un point ou deux, n'est pas infiltrée. En quelques endroits seulement, principalement sur les parties latérales des hémisphères ; elle offre des traces de suffusion sanguine. Les deux membranes ne sont pas épaissies d'une manière appréciable. Si l'on essaye de les enlever, on reconnaît que presque partout elles ont contracté des adhérences avec la substance corticale. Elles entraînent la couche externe et laissent à nu une surface inégale, mamelonnée, rouge et saignante. En certains points, elles entraînent même *toute l'épaisseur de la substance corticale*.

Cette substance est atrophiée et beaucoup plus molle qu'à l'état normal. La substance blanche est, au contraire, plus ferme et plus élastique.

Si on gratte la couche corticale avec le manche d'un scalpel, on enlève très facilement cette substance grise ramollie sans entamer la substance blanche qui est indurée.

Les membranes du cervelet sont injectées, mais point adhérentes. La substance grise est très colorée. La consistance générale de cet organe paraît beaucoup plus faible que celle du cerveau.

La moelle, examinée avec soin, n'a présenté aucune trace d'altération.

Dans le milieu du poumon gauche, on trouve un lobule pulmonaire hépatisé au troisième degré ; rien dans le poumon droit.

Le cœur, les reins, la vessie, l'utérus, la rate, l'estomac, l'intestin grêle sont parfaitement sains.

Il y a dans le gros intestin une grande quantité de matières fécales extrêmement dures, mais nulle trace d'inflammation.

©BIUM

OBSERVATION II.

Paralysie générale avec prédominance de la faiblesse à *gauche* presque dès le début. — Trois mois avant la mort, délire hypochondriaque spécial. — L'hémisphère *droit* pèse 60 grammes de moins que le gauche.

M. X..., âgé de trente-deux ans, d'un caractère assez violent, a fait quelques excès de boisson.

En 1854 son caractère se modifie, on remarque qu'il est plus disposé à suivre les avis qu'on lui donne; il devient presque débonnaire.

En 1855 sa femme observe par moments un peu d'embarras dans la prononciation. En même temps M. X... se plaint d'une faiblesse très marquée dans tout le côté gauche. Bientôt il ne fut plus possible de méconnaître un commencement d'affaiblissement des facultés intellectuelles. Au mois de juillet 1856 le malade fut conduit à Paris : l'hémiplégie gauche incomplète persistait, mais il y avait en outre dans tout ce côté des douleurs assez vives qui revenaient par accès et que M. X... appelait ses crises. La sensibilité générale, loin d'être affaiblie, était au contraire exaltée. Il y avait aussi des douleurs le long de la colonne vertébrale, douleurs que le malade comparaît à des morsures. L'embarras de la parole était d'ailleurs peu appréciable, la démence encore peu avancée, M. X... n'avait point de délire ambitieux, mais cependant une tendance à se vanter de sa force et de son adresse. On observait parfois des moments d'excitation. Le diagnostic offrait encore quelques incertitudes. Existait-il une affection organique locale de l'hémisphère droit, ou une paralysie générale de forme un peu anormale? Sur ce point les avis étaient partagés. Plusieurs fois dans le courant du mois d'août on put saisir, mais par intervalles seulement, un embarras très marqué dans la prononciation. Le 1er octobre, M. X... est atteint tout à coup d'une congestion cérébrale, accompagnée de convulsions épileptiformes. Il reste deux heures sans connaissance.

©BIUM

Depuis cet accident l'état intellectuel du malade s'est aggravé, la démence est plus évidente, mais en outre il survint peu à peu un délire spécial d'une nature très singulière. M. X... prétend qu'il est muet, qu'il n'a plus de langue, qu'il n'a plus de dents ou qu'il n'en a plus que quatre. Il n'a plus d'urèthre, il n'a plus de prépuce, il a l'anus bouché ; il ne pourra plus aller à la selle ; il est paralysé ; il est mort. Il prétend encore qu'il a les deux mâchoires contractées et qu'il ne peut plus ouvrir la bouche. A chaque instant, il serre un de ses doigts entre ses dents, puis répète qu'il ne peut plus le retirer, et si on tente de le faire, il serre plus fort et finirait par se blesser. Cependant si on distrait son attention M. X... retire de lui-même et immédiatement son doigt. Il s'est rougi et déprimé un point de chaque côté du cou à force de le presser en répétant sans cesse qu'il a le gosier bouché. Pendant plus d'un mois, on a la plus grande peine à lui faire manger des potages et du hachis de viande. Il reste quelquefois vingt-quatre et même trente-six heures sans rien prendre. Chose singulière, mais que j'ai observée aussi chez d'autres malades, dès qu'on est parvenu à faire prendre la première cuillerée de potage, il n'y a plus aucune difficulté pour tout le reste du repas ; on réussit souvent à faire manger M. X... en l'abordant brusquement, en lui parlant très haut et en détournant ainsi son attention. Ce malade est surtout très préoccupé de son prépuce : dès qu'on approche de lui, il se déboutonne et montre sa verge répétant : « Je n'ai plus de prépuce ; je n'ai plus d'urèthre, » et il lui arrive en même temps d'uriner dans sa chambre. Souvent il répète qu'il a une *érection éternelle*. Cette étrange manifestation du délire ambitieux n'est pas la seule qu'on ait observée chez M. X... Tout récemment on l'a entendu dire que tout le plafond était doré, que son lit était doré.

La maigreur est peu à peu devenue très grande, les yeux sont rouges, chassieux, le teint d'un rouge violacé, les joues creuses, la démarche chancelante, la parole traînante et un

©BIUM

peu embarrassée. Pendant quelque temps le malade poussait des cris aigus et il lui arrive encore souvent de passer des nuits agitées et tout à fait sans sommeil. Le malade n'était pas encore alité que déjà il avait une large eschare. Il y avait en outre des ecchymoses comme scorbutiques sur divers points du corps, des phlyctènes gangréneuses étaient survenues aux mains. Le marasme fit des progrès rapides et M. X... succomba le 19 janvier 1857.

Autopsie. — Une très large eschare noire occupe toute la région du sacrum ; de petites eschares sur les jambes. Il y a des ecchymoses sur le prépuce.

L'arachnoïde est opaque sur une grande partie des hémisphères. La pie-mère est sans injection remarquable, légèrement infiltrée de sérosité.

La quantité de sérosité qui s'écoule soit des ventricules, soit de la cavité de l'arachnoïde est évaluée à 50 grammes. Entre les membranes et le cerveau il y a des adhérences assez nombreuses, mais très superficielles, et la substance mise à nu n'est pas colorée. Les adhérences existent surtout sur les lobes moyens. Les circonvolutions sont assez larges, sans atrophie sensible, cependant elles sont plus minces sur l'hémisphère droit ; le poids du cerveau est de 1100 grammes ; l'hémisphère droit pèse 60 grammes de moins que le gauche.

Les ventricules sont assez dilatés et contiennent un peu de sérosité limpide. Les parois sont recouvertes de granulations dans toute leur étendue.

La substance grise est généralement plus colorée, plus molle qu'à normal.

Les deux hémisphères, coupés par tranches avec le plus grand soin, ne présentent aucune trace de lésion locale. Le cervelet et la moelle n'offrent aucune altération.

Les poumons sont emphysémateux ; le cœur petit, avec quelques plaques blanches à sa surface, la muqueuse de l'estomac est brune et offre quelques ecchymoses. Le gros intestin con-

©BIUM

tient des matières très dures, la muqueuse est dans quelques points brune et ecchymosée.

OBSERVATION III.

Plusieurs attaques de congestion avec hémiplégie *droite* passagère. La troisième année, l'hémiplégie persiste, accompagnée d'embarras dans la prononciation. — La démence survient. — Paralysie des sphincters. — Grincements de dents; marasme. — Mort. — L'hémisphère *gauche* pèse 52 grammes de moins que le droit.

La femme M..., âgée de trente-neuf ans, ouvrière en dentelles, a été conduite à la Salpêtrière le 6 mai 1856. Le certificat du médecin qui avait dû examiner la malade avant l'entrée portait qu'elle était atteinte « d'une hémiplégie droite avec contracture, que l'intelligence était affaiblie et la parole embarrassée. »

Voici les renseignements qui nous furent donnés :

Il y a trois ans que cette femme a eu une première attaque de congestion, accompagnée entre autres symptômes d'embarras de la prononciation et d'une paralysie du bras droit. Ces symptômes se dissipèrent au bout d'un quart d'heure.

Des congestions semblables se sont renouvelées tous les trois ou quatre mois; elles ont toujours été accompagnées d'une paralysie du bras droit qui se dissipait assez promptement. Cependant depuis un an les mouvements de ce côté sont devenus peu à peu très faibles, la parole s'est embarrassée à ce point qu'on a souvent de la peine à comprendre ce que veut dire la malade. Il existe en outre des signes très évidents de démence.

Depuis six mois suppression des règles. La malade, a son entrée, offre tous les symptômes d'une paralysie générale au troisième degré. Le bras droit est un peu tuméfié et contracturé, la jambe du même côté plus paralysée que l'autre. M... ne peut plus se tenir sur ses jambes, mais peut encore être assise sur un fauteuil. Elle était d'ailleurs gâteuse avant son entrée à l'hospice. Après cinq mois, cette femme dut rester complète-

©BIUM

ment couchée et des eschares ne tardèrent pas à se former au siége. Il y avait des grincements de dents presque continuels. On observait dans les membres, dès qu'on les remuait, le tremblement fibrillaire et convulsif du dernier degré de la démence paralytique. Au commencement du printemps, il survint de la diarrhée, le marasme fit des progrès et la mort eut lieu le 12 mai 1857; la malade jusqu'à la fin s'était un peu servie du bras gauche, mais le bras droit était resté paralysé et contracturé.

Autopsie. — Les deux hémisphères pèsent 840 grammes; le cervelet et la protubérance 150 grammes; l'hémisphère droit est plus pesant que l'hémisphère gauche, la différence est de 52 grammes; il y avait dans le crâne 170 grammes de sérosité

L'arachnoïde viscérale offre çà et là des taches blanches et opaques; la pie-mère n'est point infiltrée, excepté dans deux points: un de chaque côté de la grande scissure interhémisphérique. Dans ces points la sérosité est réunie dans deux petites cavités par la dépression des circonvolutions. Les vaisseaux de la première sont exsangues mais dilatés.

Il y a en arrière et près de la scissure de Sylvius des traces de suffusion sanguine, surtout à gauche. Les membranes adhèrent à la substance grise, et l'entraînent avec elle dans un très grand nombre de points. La couche enlevée est parfois si épaisse que la substance blanche est mise à nu. La substance grise est molle, mamelonnée, et sur l'hémisphère gauche elle a sur plusieurs circonvolutions une teinte verdâtre comme s'il y avait un commencement de putréfaction. Les adhérences sont plus profondes et plus générales sur l'hémisphère gauche. Si on racle la substance grise, on la sépare facilement de la substance blanche qui est ferme, ratatinée, comme jaunâtre. Les ventricules sont également dilatés des deux côtés et remplis de sérosité. Le cervelet n'offre aucune altération qui mérite d'être notée. Le cerveau, dont les circonvolutions étaient généralement atrophiées, a été coupé par tranches et examiné avec soin, et on n'a trouvé au-

©BIUM

cune altération locale qui ait pu rendre compte de l'hémiplégie.

On pourra, je le sais, l'expliquer ici par la prédominance des adhérences sur l'hémisphère gauche. C'est une question que j'examinerai en résumant à la fin les observations.

OBSERVATION IV.

Démence très prononcée dès le début; la paralysie prédomine à *droite* dans les derniers mois. — L'hémisphère *gauche* pèse 48 grammes de moins que l'hémisphère *droit*.

La femme H..., âgée de cinquante-deux ans, a été arrêtée à Bourg-la-Reine pour vagabondage et amenée à la Salpêtrière le 14 juillet 1855. Cette femme est grande, pâle et assez maigre; elle a la figure épanouie; elle parle beaucoup, mais ses phrases sont incohérentes; elle ne fait aucune attention à ce qu'on lui dit, ou fait des réponses étrangères aux questions qu'on lui adresse; la mémoire paraît très affaiblie. H... ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents, ni sur la durée de sa maladie; elle a une tendance marquée au délire ambitieux, la démarche est chancelante, la parole tremblante et embarrassée, les pupilles sont égales; l'agitation qu'offrait la malade à son entrée persista quatre ou cinq mois. Cette agitation était modérée et permettait par intervalles que la femme H... s'occupât un peu au ménage.

Pendant une année presque entière, de novembre 1855 au mois d'octobre 1856, il n'y eut aucun changement notable; état habituel de calme et tenue assez bonne.

Au mois d'octobre 1856, la malade s'affaiblit tout à coup, devient gâteuse; les signes de démence sont de plus en plus prononcés, la parole très embarrassée; cependant les fonctions digestives se conservent. Au commencement de janvier, on s'aperçoit qu'il y a une prédominance bien marquée de la paralysie à droite; la malade traîne la jambe de ce côté et elle peut à peine porter le bras droit à sa tête. Au commencement de février, la station devient impossible et on est obligé de maintenir

©BIUM

la malade au lit; le bras droit est toujours plus faible; la malade continue au contraire à se servir du bras gauche; peu à peu les jambes se rétractent sur les cuisses. Quelques jours avant la mort, contracture du bras gauche; par intervalles, quelques légers mouvements convulsifs dans les membres; une eschare profonde s'était formée au siége. La malade meurt le 1er mars 1857.

Autopsie. — Les deux hémisphères réunis pèsent 802 grammes; l'hémisphère gauche pèse 48 grammes de moins que l'hémisphère droit; le poids du cervelet est de 145 grammes; celui de la sérosité recueillie est de 255 grammes.

L'arachnoïde viscérale est opaque, épaissie dans un assez grand nombre de points; les vaisseaux de la pie-mère sont dilatés, mais cette membrane n'est point infiltrée; elle a contracté quelques adhérences avec la substance grise, principalement sur les bords de la scissure de Sylvius. Le cerveau est atrophié; il y a un certain nombre de circonvolutions déprimées et qui ne sont plus de niveau avec les autres. La substance grise est mince, plus molle que dans l'état normal, granuleuse, colorée seulement par places. La substance blanche est indurée dans certains endroits, au contraire plus molle dans d'autres; les ventricules sont extrêmement dilatés et remplis de sérosité limpide. Le cerveau coupé par tranches avec soin, on ne découvre aucune altération locale, la substance blanche offre un assez grand nombre de vaisseaux mais peu de sang; le cervelet et la protubérance ne présentent rien de particulier, les organes thoraciques et abdominaux sont sains. On trouve seulement dans le gros intestin une grande quantité de matières fécales très dures.

(*La fin au prochain numéro.*)

©BIUM

Médecine légale.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL DE BRIGITTE ALLBRECHT DE ROHR,

INCULPÉE DE MEURTRE,

PAR

M. LE Dr H. DAGONET.

Lypémanie démonomaniaque. Perversion morale. Hallucinations. Impulsions homicides.

Je soussigné, docteur en médecine, médecin en chef de l'asile de Stéphansfeld, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, commis le 14 avril 1856, par M. Schneegans, juge d'instruction de l'arrondissement de Strasbourg, à l'effet de visiter la fille Brigitte Allbrecht de Rohr, inculpée d'assassinat sur sa nièce, et de la soumettre à une série d'observations, de manière à pouvoir donner mon avis sur l'état d'esprit de cette fille et notamment sur les questions suivantes:

La fille Allbrech est-elle atteinte d'aliénation mentale ?

Cet état existe-t-il, ou paraît-il exister depuis longtemps chez cette femme ?

Est-il de nature à lui enlever la conscience de ses actions?

Cet état est-il réel ou simulé?

Après avoir préalablement prêté serment entre les mains de M. le juge d'instruction, je me suis transporté le même jour à

©BIUM

la maison d'arrêt, afin de procéder à l'examen de la susdénommée, que j'ai visitée à différentes autres reprises.

La fille Brigitte Allbrecht est accusée d'avoir, le 7 mars 1856, tué à coups de hache, sa nièce Thérèse, fille naturelle de sa sœur Salomé, avec laquelle elle demeurait. Elle-même ne fait aucune difficulté pour avouer le crime qu'elle a commis ; interrogée une première fois par le juge de paix du canton, elle fait les aveux les plus complets. Elle ne pouvait plus voir, dit-elle, sa nièce depuis qu'elle était malade ; elle l'a tuée de bon cœur, *et pour ne pas manquer son coup*, elle a eu bien soin de faire partir les différentes personnes qui se trouvaient dans la maison. Elle ne témoigne aucun regret de ce qu'elle a fait ; elle ajoute même *qu'elle s'en réjouit.*

Arrêtée et placée sous la surveillance d'un agent de police, elle lui dit entre autres choses, que sans la veuve Fischer, qui était survenue, elle eût tué toutes les personnes de la maison ; elle croit avoir été poussée *par des insinuations diaboliques*. Elle ajoute que, pour cela, elle mérite la mort, et que si l'on veut être juste, on lui tranchera la tête. Cependant, vers le point du jour, elle devient plus calme.

La veuve Fischer, survenue au moment où le meurtre venait de s'accomplir, dépose que, lors de son arrivée, la porte d'entrée était fermée au verrou. Elle frappe à la fenêtre et la prévenue vient aussitôt lui ouvrir la porte. Cette dernière lui montra la hache toute teinte de sang, en lui disant qu'elle a assassiné la petite Thérèse ; la victime nageait dans son sang. A ce spectacle, la veuve Fischer est saisie d'horreur ; elle ne peut prononcer une parole et sort immédiatement. Brigitte la suit immédiatement dans la rue en confessant publiquement le meutre qu'elle vient de commettre.

Le témoin dépose, en outre, que la fille Allbrecht a été autrefois atteinte d'aliénation mentale, et que depuis longtemps on n'avait plus rien remarqué. Cependant des accès de colère

©BIUM

la portaient souvent hors d'elle, et deux jours auparavant elle avait dit formellement, que si cette petite Thérèse continuait à rester au lit, elle s'en irait elle-même à Schaffhausen, chez son frère, preuve qu'elle ne pouvait supporter la vue de cette enfant malade.

Suivant la déposition de sa sœur Salomé, Brigitte a été atteinte, il y a huit ou neuf ans, d'aliénation mentale. Dans un de ses accès de folie, elle quitte la maison paternelle et se retire dans la forêt où elle reste plusieurs jours ; des personnes l'ont alors rencontrée dans un état de nudité complète. Depuis ce temps, 'on n'avait rien observé d'extraordinaire en elle; cependant elle était habituellement taciturne et n'aimait pas se trouver avec d'autres personnes. « Il faut, ajoute la sœur, que l'esprit du mal se soit emparé d'elle, ou bien que sa folie l'ait reprise, car elle avait été très calme toute la journée, et rien ne pouvait faire soupçonner qu'elle allait commettre un crime aussi atroce. »

D'après le témoignage du maire de la commune, la fille Allbrecht passe depuis longtemps pour une personne faible d'esprit ; elle était considérée dans sa commune comme une demi-folle. En 1847, cette fille était restée cachée trois jours dans la forêt; elle courait toute nue à travers les broussailles, au point que, ramenée chez elle, elle avait le corps couvert d'égratignures. Depuis ce temps, elle n'avait pas fait parler d'elle; seulement elle ne regardait personne en face, et s'éloignait aussitôt qu'elle rencontrait quelqu'un ; du reste, à la connaissance du maire, aucun membre de la famille n'a été atteint de folie.

Brigitte Allbrecht présente à notre observation les caractères physiques suivants : Elle est d'une taille au-dessus de la moyenne, maigre, d'une constitution sèche; le tempérament nerveux prédomine chez elle. Sa physionomie revêt une expression de complète indifférence ; elle ne dénote pas non plus une intelligence développée. La prévenue répond avec calme et netteté à toutes les questions que nous lui adressons. La conversation que nous

©BIUM

avons avec elle, et dont nous allons résumer les termes principaux, ne la surprend ni ne l'émeut. Toutes ses fonctions physiques s'accomplissent dans l'ordre le plus normal : l'appétit ne laisse rien à désirer, les digestions sont bonnes, le sommeil est calme, aucun mauvais rêve, aucune préoccupation ne vient en troubler, pendant la nuit, la remarquable tranquillité. La menstruation paraît avoir cessé depuis environ huit ans, vers l'âge de 47 ans ; cette période de transition, quelquefois dangereuse pour certaines femmes, se serait accomplie chez elle, sans qu'elle en ait ressenti la moindre indisposition.

La fille Brigitte se trouve fort heureuse à la prison, elle voudrait bien ne jamais en sortir ; on lui donne à manger selon son appétit, et de sa vie elle n'a été si bien couchée. Son père, sa mère sont morts, nous dit-elle, depuis déjà longtemps, elle ne peut savoir de quelle maladie. Quant à elle, elle ne se rappelle pas avoir jamais été gravement malade. Si on lui objecte, qu'il y a environ huit ans elle a eu un acccès de folie, elle s'écrie aussitôt, que toujours elle a possédé sa raison, comme elle la possède en ce moment ; elle tient surtout à ne pas passer pour une folle.

Nous continuons à résumer ce qu'elle nous raconte : elle ne vivait pas en mauvaise intelligence avec sa sœur, elle l'aimait au contraire elle et ses enfants.

En ce moment, elle pense que sa sœur est morte, ainsi que son second enfant. Si on lui demande pourquoi elle a cette singulière pensée, elle répond *qu'elle le croit parce qu'elle n'en a plus eu de nouvelles.* Ici tous les raisonnements échouent ; on n'arrive pas à lui faire comprendre que cette unique raison est d'une bien mince valeur. Aux objection diverses qu'on lui fait à ce sujet, elle se borne à répondre : « C'est bien sûr qu'ils sont morts ; » c'est là une idée fixe qu'il est impossible de lui ôter de l'esprit.

Interrogée sur les causes qui l'ont portée au crime, elle nous répond que le diable seul a pu la pousser à une semblable ac-

©BIUM

tion. L'*insinuation diabolique*, comme elle l'appelle, l'a prise une demi-heure environ avant l'acte criminel, mais depuis plusieurs jours elle était impatientée de voir cette enfant malade. Pendant cette demi-heure où elle était placée sous l'influence de cette rédoutable obsession, elle a successivement renvoyé deux personnes qui auraient pu mettre obstacle à ses funestes projets. Elle *entendait* d'ailleurs distinctement la voix du diable, qui ne cessait de lui répéter: *Il faut la tuer*. Cette voix était forte, entraînante ; elle ne la laissait penser à rien autre chose. « Vous voyez donc bien, ajoute-t-elle, que je ne pouvais faire autrement, et qu'il fallait que je la tue. Je ne suis pas folle, continue-t-elle, je sais parfaitement ce que je dis, et j'ai très bien entendu la voix.

—S'il en est ainsi, lui dit-on, vous n'êtes pas coupable, l'on ne peut vous condamner et l'on vous renverra chez vous.—Jamais, répond-elle, je ne pourrai retourner chez nous, car il faudrait que je recommence à tuer.»

A ce moment, la physionomie de cette malheureuse femme prend une singulière expression d'animation; son teint basané fait place à une légère coloration, ses yeux deviennent vifs et brillants, sa parole prend de plus en plus un caractère de netteté et de décision. On ne peut douter que renvoyée chez elle, elle ne se livre aussitôt à quelque nouvel acte de férocité. Elle est certainement encore dominée par des impulsions homicides.

« Mais, lui fait-on observer, n'est-ce donc pas assez de ce que vous avez fait?—Oh ! je le vois bien, répond-elle, je suis une misérable, je sens que le mauvais esprit me forcerait à recommencer. »

Elle ajoute qu'elle n'a pas voulu se cacher, parce que cela n'aurait servi à rien ; puisque le diable l'avait fait agir, il l'aurait bien empêchée de se sauver. D'ailleurs, jamais elle ne voudrait mentir; si elle mentait, elle irait en enfer.

Une première remarque nous frappe, c'est qu'on n'observe chez Brigitte ni réticence, ni embarras ; nos questions ne la fa-

©BIUM

tiguent pas, elle y répond avec une grande présence d'esprit ; à toutes les objections, elle trouve une réponse toute prête, dont sans doute la justesse peut être contestée, mais qui a certainement son point de départ dans une conviction profonde.

A mesure que nous approfondissons notre examen, nous voyons se manifester chez elle au plus haut degré les tendances homicides, et les impulsions suicides. Elle nous apprend qu'elle ne sait pas écrire, mais qu'elle sait un peu lire l'allemand. Elle a fait sa première communion à l'âge de 13 ans ; depuis, elle a continué exactement à remplir ses devoirs religieux : elle communiait toutes les six semaines. Malgré cela, *le mauvais esprit est resté en elle*, elle le sent bien, car elle est d'une nature perverse et toujours portée à commettre des crimes. Elle est devenue si mauvaise dans le fond, qu'elle ne se repent absolument de rien, et qu'elle est prête à recommencer. Et qu'on ne vienne pas dire que c'est là de la folie ; elle jouit au contraire de toute sa raison. Ceux qui prétendent qu'elle est folle, le curé, le maire, toute la commune, mentent. Elle a fait, il est vrai, il y a environ quelques années, des excentricités, mais elle savait bien ce qu'elle faisait ; elle a voulu faire croire qu'elle était folle, et cela toujours par méchanceté, mauvais instinct, etc. Chaque fois qu'on lui parle de meurtre, sa physionomie se transforme, et son régard présente aussitôt quelque chose de sauvage et de cruel. Si l'on n'était là pour l'en empêcher, elle tuerait encore bien volontiers, et cependant elle n'a personne en antipathie. Elle nous affirme à plusieurs reprises qu'elle aurait tué sa sœur et son second enfant, si personne n'était survenu.

Sa sœur était venue la veille lui faire visite ; sa présence n'avait éveillé en elle aucun sentiment sympathique. Elle avait témoigné à son égard l'indifférence la plus rémarquable. Interrogée sur ce fait inexplicable, elle répond qu'elle n'a pour sa sœur que de l'antipathie, que cela tient précisément à sa mauvaise nature, et que la mort seule peut expier tant de scélératesse. Elle désire sincèrement être guillotinée. Les personnes

©BIUM

qui l'entourent sont tellement convaincues de la réalité de ses idées suicides, qu'on ne la quitte pas un seul instant de vue, et qu'on la fait coucher avec deux autres prisonnières.

Elle fait remonter volontiers à son époque critique, les changements singuliers qui se sont opérés en elle. La cessation de cette fonction physiologique peut n'avoir pas été sans quelque influence sur le développement, ou du moins sur l'exagération de la perversion morale qu'elle présente aujourd'hui à notr observation.

Il nous reste à examiner si dans les faits qui résultent de notre observation, si dans les renseignements qui nous ont été fournis et dans les circonstances qui ont accompagné ou suivi l'acte criminel, nous trouvons des preuves certaines d'un état d'aliénation mentale.

Du côté de la sensibilité morale et des sentiments affectifs, Brigitte nous présente déjà des anomalies dignes de remarque. Elle est irritable à ce point que, sous l'influence de circonstances vraiment insignifiantes, elle se laisse aller à des actes d'emportement et de violence. Des accès de colère la portaient souvent hors d'elle, dit la veuve Fischer. Elle-même ne peut s'expliquer ces mouvements impétueux qui la saisissent sans motifs; elle en rapporte la cause à l'esprit du mal qui est en elle.

L'irritabilité est, on le sait, un des caractères habituels des formes les plus diverses de l'aliénation mentale ; chez quelques malades, elle se transforme facilement, sous l'influence de causes excitantes, en accès de fureur d'une durée variable, pendant lesquels des actes dangereux peuvent être commis. Il existe véritablement chez la fille Allbrecht un défaut de proportion entre la cause et l'effet ; des impressions légères déterminent chez elle une réaction violente et pourraient à elles seules témoigner du trouble profond survenu dans sa sensibilité.

Mais le trouble ne s'arrête pas là, et tous les sentiments naturels se sont transformés, pervertis chez cette malheureuse

©BIUM

fille. Elle n'aime personne ; elle n'éprouve que de l'aversion, tout au moins de l'indifférence, pour les divers membres de sa famille. Sa sœur fait connaître que Brigitte était taciturne, recherchait la solitude ; le maire de la commune ajoute même, qu'elle ne regardait personne en face. Cette indifférence se manifeste dans toute sa force, lorsqu'elle reçoit à la prison la visite de cette même sœur, dont elle avait tué l'enfant, et qui venait tout exprès pour lui porter quelques paroles de consolation. Elle reste impassible devant elle, refuse de lui parler, et ne témoigne qu'un seul désir, celui de la voir partir. Si on lui demande la raison d'un accueil aussi glacial, elle répond, qu'elle n'a pour sa sœur comme pour les diverses personnes de sa commune, qu'une antipathie profonde. Elle aime du reste, beaucoup le séjour de la prison parce qu'elle est au milieu de femmes obligées de garder le silence ; ce serait pour elle un supplice de retourner chez elle, et si on ne veut pas la guillotiner elle n'a qu'un désir celui d'être enfermée à perpétuité dans une prison.

Cette insensibilité remarquable que présente la fille Allbrecht, est un des caractères les plus tranchés d'un état d'aliénation mentale. Chez la plupart des aliénés, les rapports sont changés entre eux et le monde extérieur ; toutes les impressions qu'ils en reçoivent leur deviennent douloureuses et insupportables. Par suite de cette transformation morbide, qui ne lui permet de se préoccuper en aucune façon de sa situation actuelle, Brigitte jouit d'une santé physique qui ne laisse rien à désirer ; toutes ses fonctions organiques s'accomplissent d'une manière normale : la visite que nous lui faisons ne paraît même pas exciter sa curiosité. Si on lui objecte que cette indifférence, cet état de perversion morale est chose peu naturelle, et doit être le fait d'une maladie, elle se récrie vivement, affirmant que jamais elle n'a été folle : passer pour folle serait pour elle, comme pour les malades doués d'une intelligence peu développée, le comble de l'humiliation. Elle ne nie pas ses excentrici-

©BIUM

tés passées, son séjour pendant quelque temps dans la forêt ; elle nous dit sérieusement qu'elle sentait bien alors qu'elle était transformée en bête sauvage. Le délire des sensations a donc été poussé aussi loin que possible.

Nous rattachons au même délire sensorial le fait de l'hallucination de l'ouïe, à laquelle la fille Allbrecht a été sujette au moment de la perpétration du crime. Comme cela se passe d'ordinaire, l'hallucination a été en rapport avec les préoccupations actuelles de la malade et les impulsions dangereuses qui la dominaient. Elle a parfaitement entendu la voix du démon qui ne cessait de lui répéter : *Il faut la tuer*. Ce phénomène ne survient pas chez elle comme symptôme habituel de la maladie, mais a lieu à titre de complication et comme manifestation extrême du délire.

Au point de vue de la sphère intellectuelle, l'aberration ne se manifeste pas avec des caractères aussi tranchés ; toutefois il n'est pas impossible d'entrevoir le trouble des facultés à travers l'intégrité apparente de la raison. Il existe chez elle une faiblesse d'esprit, qui se révèle non-seulement dans une fausse appréciation de certaines circonstances, mais encore dans la forme même qu'elle donne à ses explications. Jamais elle n'approfondit les questions qu'on lui adresse, elle y répond passivement et sans s'inquiéter du but vers lequel elles tendent; elle se montre toujours] d'une extraordinaire franchise, s'amusant elle-même de ses mauvaises qualités : le mensonge lui répugne beaucoup plus que le meurtre. Mais cette faiblesse d'esprit n'est point de l'aliénation mentale, et ne saurait entraver l'exercice de la liberté morale que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles.

Il y a délire intellectuel chez Brigitte, en ce sens qu'elle est dominée à certains moments par quelques idées qui, tout à coup, viennent prendre un degré remarquable de fixité, et s'attachent à son esprit avec une ténacité que ne peuvent vaincre les meilleurs raisonnements et les affirmations les plus positives.

©BIUM

Jusqu'au moment de la visite de sa sœur, elle était convaincue que cette dernière était morte; rien ne pouvait lui enlever cette singulière croyance. Elle s'imagine être possédée du diable; cette idée superstitieuse, encore aujourd'hui assez généralement répandue, a pour point de départ la transformation maladive qui s'est opérée en elle, et dont elle a le sentiment. Il est impossible d'opposer à cette conviction aucune objection qui puisse être, aux yeux de la fille Allbrecht, de quelque valeur.

Les impulsions homicides qui dominent cette malheureuse femme sont fréquentes dans cette forme même d'aliénation, dont elle nous présente les caractères principaux, et ont souvent un caractère d'irrésistibilité qui enchaîne nécessairement la liberté normale; ce qui le prouve, c'est la lutte morale, ce sont les efforts énergiques, que l'on voit faire à quelques malades, avant qu'ils ne succombent à ces dangereuses tentations. Il n'est pas douteux pour nous que, livrée à elle-même, Brigitte ne se livre de nouveau à des actes homicides; elle est également sujette à des tendances au suicide qu'elle ne manquerait pas de mettre à exécution, si elle n'était l'objet d'une surveillance spéciale.

Nous croyons avoir résumé les particularités principales que la fille Allbrecht de Rohr présente à notre observation. Un examen plus complet nous permettrait sans doute de découvrir d'autres phénomènes morbides, inutiles d'ailleurs pour former notre conviction.

1° Cette femme est-elle atteinte d'aliénation mentale?

Nous croyons avoir suffisamment démontré par les considérations qui précèdent, que cette malheureuse femme est atteinte d'une forme d'aliénation mentale que l'on peut désigner sous le nom de lypémanie avec impulsions homicides, et caractérisée en outre par des accès de fureur, dont le retour irrégulier et l'explosion subite la rendent extrêmement dangereuse.

2° Cet état d'aliénation existe-t-il ou paraît-il exister depuis longtemps chez cette femme?

©BIUM

Cet état semble évidemment remonter à une époque déjà éloignée; depuis longtemps l'on considérait cette femme dans la commune comme une demi-folle. La folie remonte-t-elle au delà de l'époque critique qui, suivant la malade, n'aurait pas été sans influence sur sa disposition morale actuelle; c'est ce qu'il nous serait difficile de savoir en l'absence de renseignements suffisants. Mais il nous paraît évident que le dernier accès de délire furieux, sous l'influence duquel le crime a été commis, a été provoqué par certaines circonstances existantes, qui ont été parfaitement appréciées par diverses personnes de son entourage. La maladie de sa nièce l'irritait, elle n'en pouvait supporter la vue; et deux jours auparavant elle avait formellement dit que si cette petite Thérèse continuait à rester au lit, elle quitterait la maison et s'en irait vivre chez son frère.

3° Cet état d'aliénation est-il de nature à lui enlever la conscience de ses actes?

Cela ne fait pour nous l'objet d'aucun doute; tout prouve en effet que la liberté morale est chez la fille Allbrecht enchaînée au plus haut degré; la lésion de la volonté est manifeste aussi bien que l'altération d'autres facultés. Elle reste d'habitude dans un état complétement passif, dénuée de toute espèce d'initiative, et se laissant diriger au gré des circonstances. Mais quand son irritabilité habituelle vient à être surexcitée, aussitôt a lieu le réveil des sentiments haineux qui semblent en quelque sorte dormir en elle. Alors la réaction devient terrible, et, sous l'influence d'un stimulant quelconque, l'impulsion homicide suit son cours avec les circonstances que l'on rencontre si souvent chez une certaine catégorie d'aliénés, de préméditation et d'association dans les actes intellectuels, et dans les moyens employés pour arriver à l'exécution du projet arrêté.

4° Cet état est-il réel ou simulé?

L'hypothèse d'une dissimulation nous semble inadmissible chez la fille Allbrecht. Cette forme même d'aliénation dont elle nous présente les caractères principaux, est presque impossible

©BIUM

à imiter. L'idiotisme, l'incohérence et la fureur sont les moyens habituels employés par les criminels pour feindre la folie; rien de tout cela chez elle. Il est d'ailleurs fort douteux que cette faiblesse d'esprit dont nous avons parlé, puisse lui permettre de simuler un état d'aliénation avec quelque peu d'adresse. Bien plus, elle redoute de passer pour une folle, elle n'emploie aucun système de défense, ne cache aucune des particularités qui se rattachent au crime; non-seulement elle ne cherche pas à se justifier, mais elle aggrave même sa position en déclarant qu'elle est d'une nature perverse, et qu'elle est prête à recommencer.

Mais si nous venons à jeter un coup d'œil rapide sur les circonstances qui ont accompagné le crime, nous puiserons encore de nouveaux éléments de conviction.

Le motif qui a provoqué l'acte meurtrier n'est pas celui qui d'habitude dirige la main du crime. Brigitte n'avait aucune vengeance à exercer sur une enfant de huit ans, dont la faiblesse physique et morale ne pouvait lui inspirer que des sentiments de compassion. La mort de sa nièce ne pouvait apporter aucune espèce d'adoucissement dans sa position sociale; après comme avant elle devait vivre dans le même état de pauvreté. Elle emploie pour commettre le crime le moyen le plus vulgaire; elle se saisit de la première arme qui lui tombe sous la main, et ne prend de précautions que pour assurer l'accomplissement de son funeste projet; dans ce but elle frappe sur le crâne de l'enfant avec le gros bout de la hache. C'était pour elle le moyen le plus court et le plus sûr d'arriver à ses fins. Elle n'a pas voulu l'étrangler, nous dit-elle, parce que l'enfant aurait pu crier, se débattre, faire venir des voisins et lui échapper.

A peine le crime est-il commis qu'elle ouvre tranquillement la porte à la veuve Fischer; elle sort avec elle dans la rue: aucune émotion ne se trahit sur sa figure; elle confesse publiquement l'acte qu'elle vient d'accomplir. Bien plus elle n'éprouve aucune espèce de repentir, et au magistrat qui l'interroge, elle répond qu'elle se réjouit de ce qu'elle a fait. Ce sont bien là

©BIUM

évidemment les particularités que l'on rencontre chez les individividus atteints d'aliénation mentale.

Comment en effet cette fille pourrait-elle se repentir, puisque rien n'est changé dans sa disposition morale. Elle a conservé le même fond d'irritabilité, le même caractère haineux et peu sociable, les mêmes impulsions maladives ; elle le sent, et ne voit d'autre remède à une semblable situation que la guillotine.

En notre âme et conscience nous croyons que la fille Allbrecht de Rohr est atteinte d'aliénation mentale; que cet état existe ou paraît exister depuis longtemps chez cette femme ; qu'il est de nature à lui enlever la conscience de ses actes, et que cet état n'est pas simulé.

Strasbourg, mars 1856.

©BIUM

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL DU SIEUR CLÉMENT BISQUESBURN,

INCULPÉ DE DÉVASTATIONS DE RÉCOLTES, D'OUTRAGES
A LA FORCE PUBLIQUE, ETC.,

PAR

M. le Docteur CAZENAVE,
Ancien médecin-directeur de l'asile public d'aliénés de Pau.

Nous, soussignés, Daran, Boutille et Cazenave, docteurs en médecine, demeurant à Pau.

Commis par arrêt de la Cour impériale de Pau (chambre correctionnelle), du 14 janvier courant, à l'effet de visiter le sieur Clément Bisquesburn, ancien marchand, demeurant à Viodos (Basses-Pyrénées), actuellement détenu à la prison de Pau, et de constater l'état de ses facultés intellectuelles.

Après avoir prêté le serment prescrit par la loi, avons procédé à l'objet de notre mission, et nous en constatons le résultat dans le présent rapport, ainsi qu'il suit :

Le 23 janvier 1858, à 2 heures de l'après-midi, nous nous sommes transportés à la maison d'arrêt, et le sieur Bisquesburn, sur notre demande, a été amené dans le bureau du gardien chef où nous sommes restés environ deux heures avec lui dans le but de l'examiner.

Dès l'entrée de Bisquesburn dans le bureau du concierge, nous avons été frappés de le voir vêtu d'une simple veste d'été par la basse température qui règne, et, sur notre observation, le gardien nous a assuré que ce prévenu ne ressent pas le froid et que même pendant la nuit il se couvre à peine.

©BIUM

Cette première observation, qui paraîtrait peut-être indifférente aux gens du monde, est pour le médecin aliéniste un indice de quelque importance. En effet, dans le plus grand nombre de cas de maladies mentales, on constate des désordres dans les fonctions de la peau. Il y a anesthésie cutanée, c'est-à-dire affaiblissement et quelquefois absence complète de la sensibilité.

Le sieur Bisquesburn s'est présenté très poliment, et lorsque, après quelques instants de conversation, il a appris notre qualité de docteurs, il a dit avec une grande finesse : « Depuis » trois mois je ne vois que des médecins qui parlent législation » et des avocats qui s'occupent de médecine. »

Pendant tout le temps que la conversation est restée dans les généralités, la physionomie de Bisquesburn a conservé une expression de douceur qui paraît être son état habituel; mais lorsque nous avons abordé les faits qui ont donné lieu aux diverses poursuites dont il a été l'objet, sa figure a pris un tout autre caractère, son regard est devenu étincelant, sa bouche s'est contractée, il a présenté tous les signes extérieurs d'une vive agitation nerveuse.

Interrogé par nous, le sieur Bisquesburn a avoué avoir été conduit en 1835 à Charenton, à la suite d'une violente congestion cérébrale, et n'en être sorti qu'après avoir subi un traitement d'une certaine durée ; il ajoute même qu'il s'évada pendant son traitement, et qu'il fut réintégré dans cette maison presque aussitôt.

« Pourquoi étiez-vous allé à Paris en 1835 ? lui avons-nous demandé. — Pour y poursuivre un procès que j'avais acheté, » nous répondit-il.

Bisquesburn avoue, ainsi qu'il le fait dans tous ses interrogatoires, les actes qui lui sont imputés et qui à ses yeux n'ont aucune sorte de culpabilité. Il soutient que devenu possesseur d'une prairie par la mort de son père, il avait le droit de faire sur cet immeuble tous les actes de maître qu'on lui reproche,

©BIUM

et s'il rentrait à Mauléon, comme il l'espère, il continuerait ce qu'il croit être l'exercice d'un droit.

Nous avons vainement cherché sous diverses formes à lui faire comprendre qu'un partage avait été fait par le tribunal, qu'il ne peut s'insurger contre l'autorité de la chose jugée; il a toujours persisté à se croire propriétaire des immeubles attribués à sa sœur dans le partage intervenu entre elle et lui, et, toujours avec une nouvelle irritation, il a dit qu'on ne l'empêcherait pas, s'il était libre, d'exercer les droits de propriété.

Cette aberration de la part d'un homme qui a reçu une certaine éducation, qui raisonne parfaitement et qui s'exprime d'une manière très convenable sur tout ce qui est étranger à la pièce de terre appartenant à sa sœur, est un indice très véhément sinon une preuve complète d'une véritable *monomanie intellectuelle.*

On ne pourrait néanmoins asseoir une opinion suffisamment justifiée sur l'examen auquel nous nous sommes livrés. Aussi, dans les cas semblables le médecin, consulté pour corroborer une première appréciation et acquérir une conviction entière, complète, a recours à d'autres moyens d'investigations; il recherche les antécédents de l'individu qui est soumis à son examen, et s'il trouve une exacte concordance entre les faits par lui observés et ceux qui lui sont fournis par l'information judiciaire, il conclut alors avec confiance que la *monomanie* existe réellement.

Or, voici les faits recueillis soit dans les pièces que la Cour a mises sous nos yeux, soit auprès des personnes dignes de confiance et compatriotes de Bisquesburn.

Bisquesburn après avoir été instruit par M. Pasteur, maître de pension à Mauléon, entra dans une maison de commerce; d'un caractère enjoué, vif, inconstant, aimant le jeu avec passion, il se livra à tous les écarts d'une jeunesse dissipée; son père, espérant calmer cette grande effervescence, lui monta un magasin de draperie et le maria avec une demoiselle jeune et

©BIUM

riche. Au bout de quelques années, le magasin et la dot de sa femme étaient dissipés au jeu. C'est alors que Bisquesburn alla à Paris où il fut bientôt conduit à Charenton. Allait-il réellement à Paris, comme il le dit, pour suivre un procès qu'il aurait acheté? Si le fait de l'achat n'est pas vrai, il y aurait de sa part aberration actuelle à le dire; s'il avait acheté le procès, le fait d'aliénation mentale suivant de près cet achat semblerait indiquer que les procès exerçaient alors comme aujourd'hui une influence fâcheuse sur son cerveau. (Pas d'hérédité.)

Rentré à Mauléon, nous le voyons en 1851 se livrer à un acte de violence envers un fonctionnaire public (le vérificateur des poids et mesures), et subir pour ce fait quinze jours de prison.

Le partage de famille s'opère; aussitôt Bisquesburn recommence ses violences : il perd toute notion du droit sur la propriété ; les procès-verbaux qui constatent ses agressions sur la prairie appartenant à sa sœur se succèdent; gendarmes, commissaires de police, voisins, amis, tous sont impuissants à lui faire comprendre qu'une pièce de terre attribuée à sa sœur ne lui appartient pas et qu'il doit la respecter. A plusieurs reprises devant le tribunal de Saint-Palais, il dit qu'il recommencera ce qu'il appelle ses actes de maître.

Enfin, enfermé dans la prison de Mauléon, il tombe dans un accès de manie aiguë : il casse, brise, déchire ses vêtements, les plie en un paquet et y dépose les plus sales ordures; ses paroles sont incohérentes, désordonnées. (Ce dernier fait significatif d'aliénation, nous le trouvons dans l'excellent rapport de MM. les docteurs Ferrand et Morieux, le *seul* qui fournisse des observations.)

Dans les derniers jours de mars 1857, encore en proie aux accidents cérébraux, Bisquesburn est extrait de la prison de Mauléon et conduit à l'asile public de Pau où il ne tarde pas à recouvrer la plénitude de sa raison.

A peine sorti de l'asile, Bisquesburn revient à Mauléon où il

©BIUM

recommence toutes ses violences; il détruit la clôture de la prairie dont il se croit propriétaire, fait faucher le regain, mutile les arbres, insulte le commissaire de police. Par suite de ces actes de violence, Bisquesburn est traduit devant le tribunal de Saint-Palais qui, acceptant les conclusions du docteur Ferrand, le déclare atteint d'aliénation mentale et le rend à la liberté. Le procureur impérial fait appel de ce jugement, et saisit la Cour impériale de cette affaire.

Cet homme peut-il être considéré comme jouissant de la plénitude de ses facultés intellectuelles?... Peut-il être déclaré responsable d'actes qui sont évidemment l'effet d'une altération de ces mêmes facultés intellectuelles?

A l'unanimité nous répondons. *Non.* Nous allons même plus loin et nous disons que si on exposait Bisquesburn à la répétition trop fréquente des actes qui lui sont reprochés, actes qui ne manqueraient pas de se reproduire à chacune de ses sorties, on amènerait presque inévitablement un délire général, une démence complète.

Dans ces cas, il arrive du cerveau ce que dépeint d'une manière si originale lord Brougham dans son travail sur la *folie partielle :*

« Lorsqu'il y a, dit-il, des preuves de folie antérieures et » postérieures à l'acte, la tranquillité de l'esprit pendant l'in» termittence, n'est qu'apparente ; elle est l'image exacte du » dépôt au fond d'un vase. Agitez l'eau claire qu'il contient, » elle se trouble à l'instant même et le dépôt monte à la sur» face. »

Le vase c'est le cerveau de Bisquesburn ; si vous l'exposez aux agitations, vous mettrez la perturbation dans ses idées.

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que Bisquesburn est atteint de *folie partielle ;*

2° Qu'il importe, autant dans son intérêt que dans celui de la société, qu'il soit soustrait aux excitations extérieures, et prin-

©BIUM

cipalement qu'il soit éloigné des lieux qui ont déterminé la crise actuelle ;

3° Enfin qu'il soit soumis à un traitement spécial.

Signé : DARAN, BOUTILLE et CAZENAVE père.

Pau, 26 janvier 1858.

La Cour, acceptant nos conclusions a relaxé Bisquesburn et l'a mis à la disposition de l'autorité administrative qui prescrira indubitablement sa réintégration à l'asile des aliénés de Pau.

©BIUM

RAPPORTS MÉDICO-LÉGAUX

SUR

L'ÉTAT MENTAL DU NOMMÉ CHARLES P...,

PAR

MM. LEVINCENT ET E. BILLOD.

TENTATIVE DE MEURTRE SUR LA PERSONNE D'UN MAGISTRAT.

Le docteur en médecine soussigné, directeur-médecin de l'asile départemental d'aliénés de Maine-et-Loire, a été chargé, par dépêche de M. le procureur général près la cour impériale d'Angers, en date du 12 janvier 1854, de constater l'état mental du nommé Charles P..., journalier, sans domicile fixe, né à Aubigné (Sarthe), le 9 pluviôse an XI, inculpé de tentative de meurtre sur la personne d'un magistrat.

L'arrêté préfectoral de placement, pris d'office le 12 janvier 1854, n'a reçu son exécution que le surlendemain 14 du même mois.

Charles P..., conduit par la gendarmerie devant le médecin-directeur, est un homme de taille courte, de constitution nerveuse et d'une cinquantaine d'années. Il a le pouls régulier, la peau fraîche, toutes les apparences d'un état normal de santé, le regard soupçonneux, l'attitude quelque peu arrogante.

Rappelé par quelques paroles d'avertissement au sentiment de sa position, il répond, avec déférence, bon sens et précision, aux questions qui lui sont adressées sur son pays, son âge, sa profession, ses habitudes de vie, ses antécédents ; avec un cer-

©BIUM

tain embarras à celles qui concernent ses intérêts de famille, mais il exprime sur sa translation dans une maison de fous, un sentiment de surprise indignée qui présente tous les caractères de la sincérité.

Cette première entrevue, dans laquelle aucune allusion au motif de l'arrestation et de la séquestration n'est venue éveiller sa défiance, accuse chez P... le libre exercice de l'intelligence et de la volonté.

Un agent sûr a été chargé de ne pas perdre de vue le prisonnier, de tenir note de ses paroles et de l'empêcher de communiquer avec qui que ce fût.

P... n'est sorti du bain que pour être placé dans une cellule isolée. Il a mangé avec appétit et dormi d'un sommeil paisible.

Le 15 au matin, il a reçu la visite du médecin-directeur. Tant qu'il s'est agi dans la conversation de sujets étrangers à l'acte du 12 décembre 1853, P... a répondu avec le même calme et le même bon sens que la veille. Mais au premier mot du médecin sur cette question, le langage de l'inculpé s'est vivement passionné.

Il a parlé avec véhémence de nombreux procès par lui soutenus et gagnés devant le tribunal de Baugé, de sommes qu'il prétend lui avoir été adjugées et dont le procureur impérial et le président auraient refusé, contre toute justice, de se dessaisir. « Je l'*ai* menacé de mon pistolet, c'est vrai ; mais je ne voulais » pas lui faire de mal. Je voulais lui faire peur, l'obliger à me » rendre mon argent. Mon pistolet n'était *pas bandé*. »

— Mais vous aviez deux autres pistolets chargés dans vos poches de pantalon ? — « Non, ils n'étaient pas chargés, je les » portais pour me défendre en cas de mauvaises rencontres. »

— Il a été prouvé que ces deux pistolets étaient aussi chargés. S'ils ne l'étaient pas à quoi pouvaient-ils vous servir ? — « Non, » c'est faux. Au reste, qu'on fasse de moi ce qu'on voudra : je » ne répondrai plus. On m'a jeté parmi des fous, je le sais, on

©BIUM

» me l'a dit à la prison d'Angers : Est-ce que je suis fou ? Je » ne le suis pas plus que vous. »

Ici, la colère de P... s'est exhalée en propos outrageants pour la personne des magistrats qui détiennent l'argent de ses procès, *un argent à lui*. Il a fallu une réprimande sévère et comminatoire pour le rappeler au calme.

Depuis ce jour, P... a tenu un langage plus mesuré ; mais sa pensée est restée la même. Admis à la libre pratique avec les préposés du service de sûreté, comme les aliénés de cette division, il les entretient constamment de ses procès et de l'argent dont les juges l'ont dépouillé en fait, bien qu'il y ait un droit incontesté. Il n'a jamais varié dans l'expression de sa conviction. La mémoire et le jugement, dont l'intégrité sur une foule d'autres points a été constatée, sont radicalement faussés sur cet article de procès et d'argent. Illusion circonscrite, mais tenace, absolue, maîtresse de la volonté, impuissante à se défendre d'elle-même, insensible aux remords, à tout regret de l'acte commis, indifférente aux conséquences qui peuvent en être la suite.

Le médecin soussigné estime que l'acte imputé à Charles P... s'est accompli sous une influence destructive du libre arbitre et que le trouble mental dont il a été la dangereuse révélation persiste dans toute son intensité.

Signé : LEVINCENT.

Sainte-Gemmes-sur-Loire, le 20 mars 1854.

Je soussigné, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés du département de Maine-et-Loire, en remplacement de M. Levincent, décédé le 10 avril dernier, continuant la mission commencée par ce médecin, me suis livré à un examen attentif de l'état mental du nommé P..., et certifie exactes et véridiques les attestations qui suivent :

Dans aucune des visites quotidiennes du nouveau directeur-

©BIUM

médecin, le nommé Charles P..., n'ayant jamais parlé des procès soutenus et gagnés par lui devant le tribunal et des sommes auxquelles ces procès lui assuraient des droits, et dont il a prétendu avoir été dépouillé par les juges, et ayant également cessé d'en entretenir les préposés du service de sûreté, aussi bien que les aliénés de cette division; le premier résultat de cet examen a été d'exclure l'existence de l'aliénation mentale; mais une observation plus attentive n'a pas tardé à confirmer à nos yeux les conclusions du rapport de M. Levincent.

Après avoir attendu vainement que l'inculpé se déroulât spontanément dans le sens des conceptions délirantes auxquelles fait allusion le rapport précité, j'ai dû provoquer par des interrogatoires directs l'expression de ces mêmes conceptions.

Ainsi que l'a constaté mon prédécesseur, P... répond aux questions qui lui sont adressées sur son pays, son âge, sa profession, ses habitudes de vie, ses antécédents, l'époque de son entrée, avec une netteté et une précision qui ne laissent aucun doute sur l'intégrité, au moins relative, de ses facultés intellectuelles et qui frappent d'invraisemblance la perte de mémoire qu'il accuse en ce qui touche au motif de sa séquestration et de son arrestation. Interrogé sur ce point, il répond, en effet, *qu'il ne se souvient de rien;* mais à un certain embarras dans cette réponse, à une expression particulière du regard qui semble démentir ses assertions, moins qu'à ce qu'il pouvait y avoir d'insolite dans une lésion de la mémoire qui laisserait cette faculté intacte sur tous les points précisément autres que celui qui touche à la cause, j'ai jugé que P... dissimulait et il m'a suffi, pour m'en convaincre pleinement, de dompter sa volonté par la pression d'une douche. A la première aspersion, P..., ainsi que je m'y attendais, a recouvré la mémoire et m'a répété à peu près textuellement ce qu'il a dit à mon prédécesseur.

Cherchant alors à interpréter la dissimulation dont l'inculpé venait de faire preuve, j'ai dû me demander si elle n'excluait

©BIUM

pas l'existence de la folie ; mais ma réponse a été immédiatement négative. Il n'est pas rare, en effet, que dans le cours de l'affection dont le sieur P... paraît être atteint, les malades, sans reconnaître, il est vrai, la nature délirante des conceptions qui caractérisent leur monomanie et, par suite, leur fausseté, sentant cependant vaguement que ces conceptions ont quelque chose d'anormal et sont interprétées par tous comme des preuves de délire, se trouvent amenés à les dissimuler. Mais, dans ce cas, la dissimulation, loin de prouver contre la folie, semble, au contraire, la démontrer. Il importe en effet d'observer que P... n'ayant pas nié l'acte qui lui est imputé, mais n'ayant dissimulé, en définitive, que l'explication déjà donnée par lui de cet acte, cette dissimulation était bien plus contraire que favorable à son intérêt bien entendu.

Quant à l'influence exercée sur le libre arbitre par une affection mentale aussi partielle, il y a une distinction très importante à établir entre les actes qui sont la conséquence directe et évidente, qui sont, si je puis m'exprimer ainsi, la conclusion du raisonnement dont le délire peut être considéré comme les prémisses et ceux qui n'ont aucune corrélation avec ce même délire. Dans le premier cas, le libre arbitre est entraîné ; dans l'autre il peut être considéré comme intact, bien que cette opinion soit fortement controversée. Or, dans le cas qui nous occupe, le crime est bien la conséquence du délire même et suppose la perte du libre arbitre et par suite l'irresponsabilité.

De la connaissance du rapport de M. Levincent aussi bien que de la confrontation des circonstances et faits énoncés dans ce document avec les résultats de mon propre examen, je crois pouvoir conclure :

1° Que le nommé Charles P... est atteint d'une aliénation mentale partielle ;

2° Que cette aliénation revêt les caractères de l'affection connue dans la science sous le nom de *lypémanie*, avec prédominance d'idées processives et judiciaires susceptibles de réagir,

©BIUM

si ce n'est en tristesse habituelle, du moins en tendances agressives et homicides à l'égard des magistrats accusés par l'inculpé de détenir illégalement les sommes qu'il prétend lui avoir été adjugées ;

3° Que le délire qui caractérise cette aliénation mentale entraîne la perte du libre arbitre pour les actes au moins qui, de même que le crime imputé au sieur P..., se lient aussi intimement à ce même délire que la conséquence d'un raisonnement à ses prémisses ;

4° Et enfin que le sieur P... était vraisemblablement sous l'influence de cet état mental lorsqu'il a accompli l'acte qui lui était imputé. E. BILLOD.

Sainte-Gemmes-sur-Loire, le 12 octobre 1854.

D'après les conclusions de ce rapport, une ordonnance de non-lieu est rendue par le tribunal en faveur du nommé P..., qui, ayant son domicile de secours dans le département de la Sarthe, fut transféré à l'asile du Mans, le 28 avril 1855, où son état mental semble s'être assez amélioré pour que notre éminent collègue, le docteur Étoc Demazy ait cru pouvoir provoquer la sortie dans les premiers jours d'avril 1856. E. BILLOD.

©BIUM

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

The Journal of psychological medicine and mental pathology, by Forbes Winslow, D.-M. — 1857.

Des bains de pluie prolongés dans le traitement de la folie. — Les bons résultats obtenus par les bains prolongés et les irrigations continues devaient suggérer de nouvelles idées aux praticiens sur l'emploi de l'eau dans le traitement de la folie. Le docteur Charles Snape, surintendant de la division des hommes dans l'asile du comté de Surrey, a expérimenté depuis quatre ou cinq ans les bains de pluie prolongés, qu'il administre pendant quinze à vingt minutes; il affirme que plusieurs malades ont recouvré la raison, à l'aide d'un seul bain, sans qu'il soit jamais résulté d'inconvénients de ce moyen, puisque l'accusation dirigée contre lui, à l'occasion de la mort du nommé Dulley, a été reconnue fausse. Nous croyons, en effet, que ce mode thérapeutique à dû produire une diversion puissante et changer rapidement la mauvaise direction des idées, en agissant surtout comme agent d'intimidation. Il est à regretter néanmoins que le docteur Snape ait sèchement énuméré les faits sans entrer dans aucuns détails; il eût été important de savoir s'il s'agissait de manies et de monomanies aiguës ou chroniques, car il n'est pas présumable qu'il ait appliqué ce moyen à la démence et à la paralysie générale. Préciser les cas et les indications thérapeutiques est de la première nécessité dans le traitement des maladies, et c'est pour l'avoir fait que notre méthode des bains prolongés a été favorablement accueillie par les praticiens. Il faut, disions-nous, que les cas soient récents, sans antécédents fâcheux, le moins possible héréditaires, et de préférence affectant la forme maniaque. Aujourd'hui, nous pouvons ajouter que ce traitement nous a rarement réussi dans les manies chroniques avec symptômes aigus, et dans les récidives de manies aiguës; elle a été sans succès dans les manies intermittentes, dites à double forme; dans le délire aigu avec refus des

©BIUM

aliments et des boissons ; dans un dixième des cas où elle paraissait parfaitement indiquée, elle n'a pas déterminé une guérison plus rapide que dans l'ancienne méthode. Chez un petit nombre d'individus, la prompte guérison a été suivie d'une rapide rechute, et le traitement a traîné en longueur ; enfin, dans deux à trois cas, où toutes les conditions semblaient favorables, le traitement a été sans résultat. C'est en suivant cette ligne de conduite, qu'on ne compromet pas un traitement utile, et M. le docteur Snape, en se bornant à dire qu'il a guéri quatorze individus par les bains de pluie prolongés, a sans doute signalé un fait positif, mais qui, en l'absence de tout renseignement, n'a qu'une utilité contestable.

De l'usage du chloroforme dans le traitement de la folie puerpérale. — Il ne faudrait pas admettre sans contrôle l'opinion de plusieurs aliénistes qui prétendent que la folie puerpérale est rarement fatale. La mortalité, sans doute, n'est pas très fréquente, mais les faits que nous avons observés montrent que le pronostic a souvent de la gravité : nous avons en ce moment sous les yeux l'exemple d'une dame que nous avons vue, il y a une douzaine d'années, en consultation avec MM. Récamier et Baillarger, pour un délire mélancolique, suite de couches, qui vient d'éprouver une rechute.

L'auteur du mémoire précité a réuni deux cent quatre-vingt faits qui se décomposent ainsi : sur

92	cas recueillis	par Esquirol,	il y eut	55	guér.,	6	morts,	31 incur.
57	—	par Burrows,	—	35	—	10	—	12 —
131	—	par Webster.	—	81	—	6	—	44 —
280				171		22		87

Ce qui donne :

61 guéris, 7, 85 morts et 31 incurables par 100.

C'est dans le but d'apporter son contingent à la thérapeutique de la folie puerpérale, que le docteur Waters, ancien médecin de l'asile de Liverpool, a fait connaître les résultats de sa pratique chez trois malades, présentant une exaltation seule ou avec dépression, compliquée d'un refus obstiné de prendre des aliments. Les mauvais effets d'une alimentation insuffisante ont été signalés chez les aliénés. M. Waters rapporte un fait intéressant de cette mauvaise diététique chez les prisonniers du pénitencier de Liverpool. Par une mesure réglementaire, ces individus, jusqu'alors bien nourris, furent soumis à un régime insuffisant. En peu de temps, il se manifesta des accidents cérébraux, de la céphalalgie, des vertiges, des cas d'apoplexie et de manie. Chez les trois malades du docteur Waters,

©BIUM

l'emploi du chloroforme, répété plusieurs fois, permit d'injecter de fort bouillon par le rectum, d'en introduire même avec la pompe dans l'estomac d'un autre patient. La première malade sortit guérie au bout de quatre mois, la deuxième et la troisième après sept mois de traitement. L'administration du chloroforme était intermittente et n'avait lieu qu'après les refus obstinés de nourriture. Le chloroforme paraît aussi avoir eu des succès dans le delirium tremens. L'alimentation par la sonde œsophagique est très fréquemment employée en France, et l'on ne peut disconvenir qu'elle ne remplisse le but qu'on veut atteindre. Il y a cependant des cas où ce mode de nourriture est excessivement difficile ; le chloroforme pourrait alors rendre un véritable service.

Sur les mariages consanguins, par le docteur Bemirs, de Louisville (États-Unis). — L'auteur a réuni un certain nombre d'exemples qui démontrent la triste influence de ces mariages sur la santé des enfants. Il cite d'abord 34 faits qui lui sont propres. Sur ce chiffre, 28 unions avaient eu lieu entre cousins germains et 6 entre cousins issus de germains. De ces 34 mariages, 27 furent féconds et 7 stériles. Parmi les 192 enfants nés des premiers mariages, 58 moururent très jeunes ; sur les 134 arrivés à maturité, 46 étaient cités comme bien portants, 32 étaient d'une constitution détériorée, 9 ne présentaient aucune indication. Les 47 restants se subdivisaient en 23 scrofuleux, 4 épileptiques, 2 aliénés, 3 muets, 4 idiots, 2 sourds, 2 déformés, 5 albinos, 6 ayant la vision dérangée et 1 la chorée.

Dans un relevé de dix-sept mariages entre consanguins, fait par le docteur Howe, ce praticien américain distingué a constaté que sur les 95 enfants qui en étaient issus, 44 étaient idiots, 12 scrofuleux et chétifs, 1 sourd, 1 nain. Ainsi, sur la totalité, 58 étaient d'une constitution [altérée, 37 seulement avaient une santé ordinaire.

C'est en multipliant les observations de ce genre qu'on arrivera à posséder des données certaines sur l'influence de l'hérédité et la dégénérescence de l'espèce humaine.

Des maladies cérébrales négligées, considérées comme causes de suicide. — Toute altération de la santé est le signe du dérangement d'un organe ou d'une des forces qui président à la vie. A ce point de vue général, la santé serait l'équilibre parfait de tous les éléments de l'organisation, d'où résulterait l'uniformité et la monotonie. Mais cet équilibre parfait n'existe pas, il est rompu à chaque instant et souvent même pour produire des œuvres qui excitent

©BIUM

l'admiration des hommes. Le général, sur le point de perdre une bataille, qui, dans l'émotion d'un pareil moment, trouve tout à coup la combinaison nouvelle qui lui donnera la victoire; l'inventeur à la recherche d'un problème dont la solution va faire une révolution dans le monde, et qui l'aperçoit dans son esprit, sont loin d'être dans des conditions normales, et cependant il est impossible de supposer qu'il y ait alors chez eux un état pathologique. Ces réflexions de notre part ont pour but de faire comprendre que si le suicide est lié dans un grand nombre de cas à un désordre de l'organisme, il n'en est plus ainsi lorsqu'il est le résultat d'un acte de la volonté.

Le mémoire du docteur Forbes Winslow contient 64 faits dont 51 sont rangés dans la folie suicide et 13 dans la folie homicide. L'intention de notre collègue et ami, dont les doctrines sont bien connues, est de prouver que, dans tous les cas dont il a tracé l'histoire, il existait avant l'acte de suicide ou d'homicide, des symptômes bien marqués d'un désordre physique du cerveau et du système nerveux. La conséquence de cette remarque, si elle était répandue partout, serait, suivant lui, qu'un traitement approprié arracherait à la mort un grand nombre de ces infortunés.

L'analyse des cinquante-un cas attribués par l'auteur à la folie suicide (ou compliquée de suicide) nous présente des considérations intéressantes. Les sexes se distribuent ainsi : 48 hommes et 16 femmes. Les genres de mort les plus fréquents sont la pendaison (16), la section du cou (12), la submersion (6) et les armes à feu (6). Dans cette dernière catégorie, on ne compte aucune personne du sexe féminin ; sous le rapport des symptômes précurseurs, quinze individus ont éprouvé quelque temps avant le suicide (exécuté, tenté ou annoncé), un abattement plus ou moins grand, de la céphalalgie, des craintes, de l'exaltation, un sentiment d'abattement reconnu, sans pouvoir s'en affranchir.

Un sixième individu n'a offert aucun indice qui pût faire présumer la résolution. L'enquête a appris seulement que les membres de la famille avaient une forte tendance à se tuer. Ces symptômes réunis ou isolés constituent, sans aucun doute, un état maladif, mais ne sauraient être rangés parmi les signes caractéristiques de la folie; quelques-uns d'entre eux ont eu d'ailleurs une durée très courte. Les trente-cinq cas restants appartiennent à la folie, mais à des degrés différents : un de ces malades, tourmenté par la crainte de tuer sa femme, s'éloignait de son logis et errait à l'aventure jusqu'à ce que le calme fût rétabli ; un autre conjurait les personnes qui l'environnaient de ne pas le conduire en maison

©BIUM

de santé ; seize avaient été ou étaient aliénés. Chez plusieurs des malades de cette catégorie, le symptôme qui a principalement appelé l'attention est l'égarement des yeux. La dernière section renferme dix-sept individus qui, sous l'influence de la folie, ont été homicides, puis suicides. Ce sont les aliénés, dits criminels, que le jury anglais absout comme privés de raison, mais qu'il renvoie dans les établissements spéciaux comme dangereux. Vingt personnes ont péri sous les coups de ces insensés, qui, presque toujours, ont tué leurs mères, leurs femmes, leurs enfants. Les renseignements établissent que les rapports étaient généralement bons des deux côtés, souvent même il existait beaucoup d'affection. Les motifs donnés pour expliquer le meurtre décèlent le dérangement du cerveau : ce sont la crainte de la misère, dans une position aisée, la jalousie imaginaire, l'idée de l'empoisonnement de la nourriture, le trouble et la confusion de l'esprit, le sort jeté sur les affaires, la pensée subite, au moment de se suicider, de laisser la femme et l'enfant sans ressources, le désir d'envoyer la victime au ciel, etc. Les caractères de la folie sont évidents dans ces divers exemples, aussi a-t-on constaté, outre les symptômes physiques, tels que la céphalalgie, l'insomnie, etc., des idées étranges et confuses, des hallucinations, de la faiblesse d'esprit, d'anciennes attaques, de l'hypochondrie, un état intermittent ou presque continu d'aliénation. Plusieurs de ces malades avaient été séquestrés dans des asiles. Trois fois l'hérédité a été reconnue. Un de ces aliénés avait coupé le cou à sa femme et s'était ensuite ouvert les carotides. Le médecin qui le soignait dit qu'il était malade depuis plusieurs années. Le magistrat ordonna l'autopsie. La dure-mère fut trouvée très épaisse et enflammée, l'arachnoïde et la pie-mère étaient également enflammées ; le cerveau, de bonne consistance, présentait une injection marquée.

Les treize individus (huit hommes et cinq femmes) qui terminent la note ont tué, sans recourir au suicide. Douze ont été déclarés aliénés par le jury ; chez la plupart, en effet, la folie s'était montrée autrefois, avait reparu ou existé lors de l'acte incriminé. Plusieurs avaient été enfermés dans les asiles, et leurs parents étaient aliénés. Un seul, dont la conduite annonçait un désordre de l'esprit, passa en jugement et fut condamné à mort, ce qui ne parut produire aucune impression sur lui. Dans un moment d'exaltation non motivée, il avait voulu tuer sa femme et sa fille : une vieille femme ayant tenté de s'opposer à son crime, il la frappa mortellement. A peine fut-elle tombée qu'il s'écria : *Gloire au Seigneur ! gloire au Seigneur ! Alleluia ! alleluia !* Nous aimons à croire que sa peine aura été commuée, car le trouble de la raison nous paraît ici

©BIUM

certain, et ce qui ajoute à notre conviction, c'est qu'une de ses tantes était morte aliénée.

Les conséquences qui ressortent de l'ensemble de ces faits, c'est que le suicide est fréquemment une complication de la folie ; mais même dans les exemples choisis par l'honorable docteur Forbes Winslow, il en est seize dans lesquels on peut trouver des symptômes d'un état maladif des organes, sans qu'il soit possible d'affirmer qu'ils ont les caractères évidents de la folie. Une autre considération d'une extrême importance est la proportion considérable d'aliénés qui se sont livrés à des attentats contre les personnes (30 sur 64). Sur ce chiffre, vingt-neuf ont été reconnus aliénés, et le seul qui ait été condamné à mort était loin d'être sain d'esprit. Ce relevé fait suffisamment voir combien les opinions de l'Angleterre diffèrent de celles des jurés et des magistrats français. Il est cependant impossible à un médecin spécialiste, en lisant les observations du docteur F. Winslow, de ne pas croire que la vérité est de l'autre côté de la mer. Aussi ne cesserons-nous de répéter que ces prétendus criminels ne doivent pas être frappés de peines infâmantes, mais enfermés dans des asiles particuliers, en ayant soin de séparer les aliénés qui n'ont cédé qu'à des hallucinations ou à des conceptions délirantes, de ceux qui obéissent à des natures perverses et corrompues.

Une dernière remarque me paraît devoir être faite sur la nécessité du traitement dans les cas de tendance au suicide, et sur les heureux effets qu'on en obtiendrait. Il est sans doute des malades qui viennent consulter pour les idées tristes dont ils sont assaillis ; mais lorsque celles-ci se mêlent à des conceptions délirantes, et ce sont les cas les plus fréquents, comment démontrera-t-on la nécessité de se faire traiter à des hommes qui se croient raisonnables, bien portants et qui vaquent à leurs affaires ? Deux des faits cités par notre collègue et ami confirment ce que nous venons de dire. Que répondent les malades au conseil, à la prière même qu'on leur adresse de prendre les avis d'un médecin ? Qu'ils sont bien portants, qu'ils n'ont pas besoin des secours de l'art, que cela cessera bientôt. Il se passe, dans ce cas, ce qui arrive dans la folie ; presque jamais les malades ne nous ont conduits au début de leur affection, par une foule de raisons qu'il est inutile d'énumérer ici. Le conseil donné par M. F. Winslow est bon, seulement il nous paraît d'une exécution difficile.

De l'état de l'aliénation en Écosse. — La commission royale nommée par Sa Majesté la reine, pour faire une enquête sur l'aliénation mentale en Écosse, vient de publier son travail. Avant d'en

©BIUM

extraire quelques-uns des principaux passages, nous ferons observer que le docteur Webster a publié sur ce même sujet, dans le journal de M. Winslow, des documents très importants qui complètent ces recherches. D'après les documents officiels, on compte maintenant, en Écossé, 7,403 insensés, ainsi distribués :

Sous la protection spéciale de la loi.	3,736
Dans les maisons de pauvres, mais sans l'ordre du shérif.	853
Chez leurs parents, ou des étrangers vivant seuls.	3,798
Dans des établissements non autorisés	24
	7,403

Relativement aux sexes, la proportion est établie de la manière suivante : 3,736 hommes et 3,667 femmes.

L'aliénation se divise en deux grandes sections : les idiots, 2,603 ; les aliénés véritables, 4,800. Sur le chiffre total, 2,732 sont classés comme malades privés ; 4,642 comme lunatiques pauvres ; 29 sont réputés aliénés criminels.

Approximativement les commissaires royaux évaluent la proportion des aliénés curables à. 768
Celle des incurables à 4,032
Celle des imbéciles et des idiots à 2,603
7,403

Le relevé des pauvres de l'Écosse au 14 mai 1855 s'élevait à 79,887, et celui des idiots et aliénés pauvres à 3,904 ; d'où il résulte que la population misérable renfermait plus de la moitié du nombre total des insensés du royaume, ce qui montre l'affinité puissante qui existe entre la misère et la maladie mentale. Un autre résultat pénible des mesures incomplètes prises pour les aliénés pauvres est la quantité considérable de femmes idiotes qui ont donné naissance à des enfants illégitimes, apportant souvent, en venant au monde, l'inertie mentale de leurs mères. *Cent vingt-six cas* de ce genre ont pu être constatés ; mais il est facile de comprendre que beaucoup ont échappé à l'observation, et que d'autres, à raison même de la disposition d'esprit de ces faibles intelligences, ont été dissimulés. Ce fait de statistique ne nous paraît pas favorable au traitement à l'air libre, surtout en France.

En recherchant la proportion des aliénés par rapport à la population de l'Écosse, qui, d'après le recensement de 1851, était de 2,888,742 habitants, on aurait 2,562 pour 1,000, ou 1 aliéné sur

©BIUM

390 habitants. Ce chiffre n'est qu'approximatif, car le recensement de la population est de 1851, et celui des aliénés de 1855.

Le climat paraît exercer une influence sur le développement de l'idiotie. Ainsi on a constaté que les hautes terres (highland) contiennent trois fois plus d'idiots que les basses terres (lowland). Nous ne pouvons passer sous silence que, bien que la loi d'Écosse n'ait pas imposé l'obligation de faire aucune construction pour les aliénés, la charité privée a pourvu d'elle-même aux besoins pressants de ces infortunés, en élevant plusieurs grands asiles; c'est un exemple qui pourrait être suivi par d'autres pays dont les gouvernements n'ont encore pris aucun parti.

Une critique fort juste, faite par les commissaires royaux, est celle de l'inégalité des traitements : il y a tel asile où la matrone et d'autres employés sont beaucoup plus rémunérés que les médecins résidants, c'est une injustice qu'il faut faire cesser. Nous devons aussi mentionner parmi les singuliers choix faits par l'administration locale, pour diriger les maisons à licence des aliénés pauvres, un marchand de comestibles, un boulanger failli, un jardinier et même une femme tenant une maison publique. Les reproches adressés par les commissaires à la mauvaise distribution d'un grand nombre d'établissements particuliers, à l'insuffisance de leurs effets mobiliers, à l'incapacité des directeurs, appellent une sérieuse et prompte réforme. Des vingt-neuf fous criminels signalés dans le rapport, vingt-huit sont renfermés dans la prison de Perth, sans qu'aucune distinction suffisante soit faite entre la maladie et le crime. L'état des dix-huit cents insensés qui restent au dehors, libres de toute surveillance, exposés aux privations, aux mauvais traitements, est une grave lacune qu'il faut combler. Le rapport des commissaires, après avoir signalé ces nombreuses imperfections dans l'administration qui régit actuellement les aliénés de l'Écosse, indique les mesures à prendre. Ce sont celles que réclame l'état des connaissances actuelles, et nous ne pouvons que leur donner notre approbation.

Statistiques de l'aliénation mentale; Rapport décennal de l'hôpital de Bethléem de 1846 *à* 1855, par le docteur Ch. Hood, médecin résidant. — Pendant la période décennale de 1846 à 1855, le nombre des aliénés admis à Bethléem a été de : 1,066 hommes.

1,663 femmes.

2,729

Les guérisons se sont élevées à 1479 (574 hommes, 905 femmes), et les morts à 174 (76 hommes, 98 femmes); ce qui donne pour la

©BIUM

première catégorie 54,19 pour 100, et pour la seconde 6,37. Il ne faut pas perdre de vue qu'à Bethléem et à Saint-Luke on ne reçoit que les malades réputés curables, dont l'affection est récente, ou n'a pas plus d'un an de date, et encore ces cas sont assez rares. Il y a cependant une objection à faire sur le chiffre général, c'est qu'il n'est qu'approximatif, car le séjour, sauf quelques exceptions, ne se prolongeant pas au delà d'un an, les guérisons qui ont lieu dans la seconde année et même dans la troisième font ici défaut dans le total général. Aucune comparaison ne peut donc être faite entre ces deux établissements et les autres asiles où l'on reçoit les épileptiques, les paralytiques, les déments et les idiots. Relativement à la mortalité, M. Hood pense que dans les asiles privés elle est favorable lorsqu'elle est au-dessous de 7,1 pour 100, et que la même remarque doit s'appliquer aux asiles des pauvres quand elle est inférieure à 10. Il est certain que, dans les asiles mixtes de France, il faut tenir compte des 2 éléments. En examinant les professions, M. Hood a fait la remarque que les médecins sont deux fois aussi nombreux que les ministres de la religion et les hommes de loi; les maîtres d'école, surtout les précepteurs et les musiciens, figurent aussi pour un chiffre considérable sur les listes d'admission. Il y a longtemps que nous avons constaté ce résultat pour les gouvernantes; souvent nous en avons compté trois et quatre à la fois dans nos établissements. Fatigues, privations, blessures de l'amour-propre, désirs sans cesse surexcités et jamais satisfaits, positions fausses, tels sont les principaux motifs de cette prédisposition.

Le lieu de naissance des malades montre une fois de plus que les provinces comblent sans cesse les vides des grandes capitales; ainsi le total des 2,729 admissions se décompose en 1,016 habitants de Londres et de la banlieue, en 1,684 provinciaux et en 29 individus d'origine inconnue. Sur le chiffre 2,729, l'hérédité entre pour 270, ce qui donne 12,7 pour 100 en général, ou 10,28 pour les hommes, et 8,3 pour les femmes dont la proportion est cependant beaucoup plus grande. Cette influence est défavorable aux guérisons; car tandis qu'elles s'élèvent pour les deux sexes à 51,5, lorsque les causes sont morales, et à 38,8 lorsqu'elles sont physiques, elles ne représentent plus que 14,6 quand la prédisposition est héréditaire. Il est probable aussi que les rechutes sont plus fréquentes dans ce cas.

Le docteur Hood, qui a fait un examen très consciencieux de l'origine des causes, se prononce pour la prédominance des influences morales : sur les 2,729 admissions, il a constaté 980 causes morales et 571 causes physiques; les renseignements ont manqué

©BIUM

sur le reste. Les divisions qu'il établit confirment l'opinion que la folie est une maladie de dépression, d'épuisement et d'irritation.

De l'état de l'aliénation en Irlande. — Le huitième compte rendu pour 1857 des aliénés de l'Irlande, présenté au parlement par les commissaires royaux chargés de cet examen, nous apprend qu'en mars 1855 il y avait en Irlande 13,493 aliénés, idiots et épileptiques, dont 6,263 étaient séquestrés dans les asiles publics ou privés, les prisons ou les maisons de pauvres. En mars 1857, ce nombre était de 14,141 dont 6,520 étaient placés dans les divers établissements consacrés à ces malades. Il résulte de ce relevé que plus de la moitié des individus restent au dehors et sont privés des secours qu'exige leur position. En prenant pour base cette évolution approximative, on voit que le nombre des aliénés et des épileptiques en Irlande, dont la population en 1855 était de 6,746,500, serait inférieure à la moyenne en France des personnes privées de raison, aliénés et épileptiques, portée par MM. Lélut et Tardieu à environ 2 sur 1,000. D'après le rapport, le nombre des épileptiques irlandais connus serait de 2,171. Nous regrettons de ne pas avoir vu, dans ce compte rendu, les aliénés divisés comme dans celui de l'Écosse, en aliénés proprement dits, en idiots et en épileptiques.

L'hôpital central de Dendrum, pour les aliénés criminels, n'a pas présenté d'augmentation dans les réceptions; le nombre actuel est le même que celui du dernier rapport, 82 hommes et 44 femmes, total 126. Les commissaires royaux font observer qu'on ne peut établir d'affinités entre le crime et la folie, parce que l'absence du sens moral ne saurait absoudre les actes de ceux qui en connaissent d'avance les conséquences et la responsabilité ; ils sont aussi d'avis que l'aliéné véritable qui commet une action répréhensible est très injustement traité lorsqu'il est déclaré fou criminel, puisqu'on substitue à un isolement temporaire un emprisonnement indéfini. Nous cherchons, depuis longtemps, dans les comptes rendus de ces asiles spéciaux, des renseignements moraux que jusqu'alors nous n'y avons pas trouvés. Il y a douze ans, après avoir visité la division des fous criminels de Bethléem, nous écrivions au docteur Morrison, médecin en chef de cet hôpital, une lettre dans laquelle nous lui demandions une histoire psychique et pathologique de ces malades; à notre grand déplaisir, nous l'attendons encore. Ne serait-il pas cependant d'une extrême importance pour la Société de savoir, après avoir séparé les aliénés qui se sont rendus coupables de crimes, sous l'influence de conceptions délirantes, d'hallucinations, etc., de rechercher les antécédents des aliénés pervers, corrompus, à ten-

©BIUM

dances dangereuses. Les questions d'hérédité, de mariages consanguins, de milieu social, d'exemple, de caractère, de constitution physique pourraient éclairer plus d'un problème moral et social. L'observation journalière de ces individus en faisant connaître leur état habituel, les modifications qu'ils subissent dans l'asile, les lésions cadavériques, fournirait des documents beaucoup plus utiles sur les rapports qui existent entre la folie et le crime, que toutes les dissertations possibles.

Le nombre des aliénés traités dans les asiles de district pendant le cours de l'année 1856 à 1857 a été de 4,888. Sur ce chiffre, 542 ont été guéris, 1 a été déclaré incurable, 4 se sont évadés, 3,856 étaient en traitement au bout de l'année. La proportion des morts a été de 291, dont 1 suicide. Le docteur Nugent, qui a commenté le rapport des commissaires, évalue approximativement les probabilités de la cure pour les 3,856 individus à 1,187; il compte 2,222 incurables, dont 194 idiots et 253 aliénés épileptiques.

De l'état présent de l'aliénation mentale en Angleterre et dans le comté de Galles. — Le onzième rapport des commissaires établit qu'au 1er janvier 1857, il y avait dans les asiles, les hôpitaux, les maisons de travail, et les maisons à licences de l'Angleterre et du comté de Galles, 21,334 aliénés, savoir : 10,084 hommes et 11,260 femmes; 16,657 individus appartenaient aux classes pauvres et 4,687 aux classes riches et moyennes. (On ne fait pas connaître le nombre des aliénés proprement dits, des épileptiques et des idiots.)

En 1857, le rapport des aliénés à la population était de 1 sur 701 habitants, pour l'Angleterre et le comté de Galles. Il y aurait donc une véritable augmentation de la maladie depuis cinq ans, puisqu'en 1852 le rapport était de 1 sur 847, en 1854 de 1 sur 762 et en 1857 de 1 sur 701.

L'accroissement s'élèverait à 3,932 aliénés et serait supérieur à celui de la population. Nous ferons observer qu'il serait difficile dans ce cas d'arguer de l'empressement des parents à venir demander les secours de l'art, de la cessation des préjugés, de la multiplicité des asiles qui appellent aussitôt à eux les malades de la localité, etc. Depuis dix ans au moins, les recensements sont faits avec le plus grand soin en Angleterre, et les moyens d'investigation appliqués sur une grande échelle. Sans revenir sur les *surmènements* de toute nature du système nerveux, nous affirmons que la transmission héréditaire doit aussi être prise en compte dans cette progression de la folie.

Nous avons lu avec beaucoup d'intérêt le compte rendu de la

©BIUM

réunion annuelle de l'association des médecins d'asiles et d'hôpitaux pour les aliénés qui a eu lieu à Londres les premier et deuxième jours de juillet dernier. Nous avons pu juger par nous-même des excellents sentiments qui animaient les membres de cette Société et des bons rapports qui résultent de ces réunions. Nous prions l'honorable président F. Winslow de vouloir bien être l'interprète de notre gratitude auprès de nos savants collègues qui se réuniront cette année à Édimbourg et de les assurer que nous ferons tous nos efforts pour rendre justice à leurs consciencieux travaux.

Dans un prochain article nous analyserons *the Asylum Journal of Mental Science*, Edited by Doctor J. Bucknill, l'*American Journal of Insanity* et l'*Appendice psychiatrica* du docteur Verga.

A. Brierre de Boismont.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Société médico-psychologique.

Séance du 26 octobre 1857. — Présidence de M. Cerise, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. Jules Falret fait hommage à la Société d'un mémoire intitulé : *De la catalepsie.*

La correspondance comprend :

Une lettre de M. Baillarger, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance à cause de ses fonctions de membre du jury de l'internat.

M. Cerise rapporte un fait dont il a été témoin à l'asile d'aliénés de Rome. Il a vu dans cet établissement un malade d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatico-bilieux, ne paraissant pas avoir notablement maigri, quoiqu'il fût malade depuis longtemps, et qui présentait un état singulier de catalepsie. Ce malade, atteint de catalepsie depuis trois ans, était à l'asile de Rome depuis dix-huit mois. Comment concilier un état nerveux aussi prolongé avec une nutrition aussi complète ?

Ce malade conserve très longtemps les mouvements imprimés; on ne sait s'il veille ou s'il dort. Cependant il n'est pas insensible à la parole, lorsqu'elle lui est adressée avec une grande énergie par l'infirmier qui lui donne des soins habituels. Si c'est une autre personne qui lui parle, le résultat est nul. Lorsque l'infirmier l'invite à haute voix à ouvrir la bouche pour manger, il lui obéit et accomplit les mouvements de la déglutition quand les aliments ont été introduits dans sa bouche. De même pour ses autres besoins physiques. Ce rapport établi entre le malade et son infirmier rappelle celui qui s'est établi entre Marie de Moerl, une des extatiques du Tyrol, et son confesseur. Il démontre, d'une part, que la catalepsie comme l'extase peuvent se compliquer d'une troisième névrose ayant quelque analogie avec le somnambulisme, et que, cet état étant donné, des rapports peuvent s'établir avec certaines personnes, en dehors de toute intervention magnétique de la part de celles-ci.

M. Maury. L'observation présentée par notre confrère M. Cerise me rappelle une observation que j'ai eu occasion de faire et que je soumets à vos lumières médicales. La fille d'un célèbre auteur, exconventionnel, mort lui-même dans un état mental voisin de l'alié-

©BIUM

nation, mademoiselle M..., est tombée, depuis dix ans, dans un état d'imbécillité et de quasi-stupeur. Elle reste presque tout le jour sans mouvement et n'en sort, n'exécute d'acte, ne sort de son immobilité, que si on le lui commande avec une certaine force. Mais toutes les personnes n'ont pas sur elle la même autorité. Il n'y a guère que sa sœur et son neveu qui aient le privilége de la faire agir. Il faut souvent lui répéter deux fois de suite le même commandement. Mademoiselle M... n'adresse jamais la parole à personne et ne prononce que des monosyllabes : *oui*, *non*, *monsieur*, *madame*, etc. Cette femme n'est pas cataleptique, mais je demande à mes confrères s'il n'y a pas une certaine parenté entre la catalepsie et son état. J'ajoute qu'on l'a vue pleurer à la suite de récits qui étaient touchants, qu'elle paraît comprendre la conversation qui se tient près d'elle.

M. C. Pinel. J'ai eu, il y a quinze ans, dans mon établissement, un aliéné qui présentait, de temps en temps, des phénomènes semblables à ceux de la catalepsie ; il éprouvait subitement une immobilité complète, et restait des heures entières dans la même attitude, les bras étendus en croix, tantôt sur un pied, légèrement penché en avant ou sur un des côtés, tantôt le tronc fléchi et la tête touchant presque le sol. Quoique ses membres fussent dans un état de roideur presque tétanique, on parvenait cependant à changer sa position et à lui en donner une autre qu'il gardait plus ou moins longtemps. Il paraissait insensible, et l'on pouvait le pincer fortement sans qu'il manifestât le moindre signe de douleur ; ses yeux étaient grandement ouverts et fixes. Il était fort difficile de le faire sortir de cet état d'immobilité ; il fallait, pour cela, employer deux ou trois gardiens ; néanmoins, aux heures des repas, lorsqu'on venait lui dire qu'on avait servi, il perdait lentement sa position et allait ensuite se mettre à table. Ce malade resta plusieurs années sans proférer une seule parole ; deux fois seulement, à la veille du 1^er^ janvier et à une année de distance, il me pria à voix basse de lui faire donner du papier pour écrire à sa grand'mère. Ses lettres ne contenaient que quatre ou cinq lignes, mais elles étaient bien conçues et n'offraient aucune trace de délire. Au bout de trois années, il se mit tout à coup à parler, au grand étonnement de ceux qui l'entouraient. Sa raison se rétablit et il rentra dans sa famille. Quelques mois après, il donna de nouveaux signes d'aliénation mentale, sans présenter toutefois de symptômes cataleptiformes. — Son trouble mental se dissipa lentement, mais il succomba, une année après, par suite d'une affection tuberculeuse.

M. Parchappe. Le fait cité par M. Cerise est remarquable et a de

©BIUM

l'importance; mais il me paraîtrait désirable que l'état du malade eût été exactement défini en ce qui se rapporte à plusieurs particularités symptomatiques. C'est à ce point de vue que je demanderai à M. Cerise quelques renseignements.

Il est évident que le malade en état de catalepsie avait conservé la faculté d'être mis en rapport avec le monde extérieur, et cela seulement sous l'influence de l'excitation spéciale de la voix d'un gardien. C'est ce qui fait le caractère curieux de l'observation, et ce qui rapproche l'état dans lequel était le malade de celui qui est admis dans certains cas de somnambulisme naturel ou artificiel.

Il serait dès lors important de bien définir l'état réel du malade. La déglutition ne se faisait que quand le malade était invité à avaler par son gardien. Sans doute M. Cerise n'a entendu parler que du mouvement de déglutition qui est sous l'influence de la volonté. M. Cerise a-t-il distingué chez le malade les divers moments de l'acte physiologique fort complexe de la déglutition? Quel était chez le malade l'état des yeux? Le mouvement de clignotement se produisait-il?

M. Cerise. L'argumentation de M. Parchappe renferme deux questions : Comment avait lieu la déglutition? Y avait-il chez le malade un mouvement de clignotement? Chez le malade que j'ai observé à Rome, la pupille est excessivement dilatée et il n'y a pas de clignotement.

Quant à la déglutition, il importe peu de savoir ce qu'elle est, si elle est volontaire ou non chez ce malade. C'est une question de physiologie étrangère au fait. La déglutition se faisait après l'ouverture volontaire de la bouche; je ne sais à quel degré de liberté la volonté intervenait ou n'intervenait pas. Invité par le gardien, le malade arrivait à mettre l'aliment dans sa bouche; la déglutition s'accomplissait alors régulièrement comme chez tout le monde, c'est-à-dire volontairement, comme la mastication, l'ouverture de la bouche et la préhension de l'aliment qui l'avaient précédée.

M. Parchappe. La partie de la déglutition qui s'accomplit dans le pharynx est absolument indépendante de la volonté. L'individu dont parle M. Cerise ne peut être comparé à un animal qui a perdu la volonté, car c'est volontairement qu'il avalait; seulement la volonté ne s'exerçait, à ce qu'il paraît, chez ce malade que d'une manière restreinte et exclusivement sous l'influence de l'excitation spéciale produite par la voix du gardien. M. Cerise a-t-il pu distinguer chez le malade les diverses phases de la déglutition?

M. Buchez. Je me souviens d'avoir lu dans la thèse de Lallemand des observations d'anencéphales qui avaient pu teter au moment

©BIUM

de la naissance. N'y aurait-il pas quelques rapports à établir entre l'anencéphalie et les conditions où se trouvait le malade de M. Cerise ? Dans le premier cas, l'organe lui-même n'existe pas ; dans le second, l'organe existe, mais la volonté n'intervient plus pour le faire entrer en action. Peut-être que dans le cas que vient de citer M. Cerise, il y aurait retour à l'état primitif. Ce qui prouve, selon moi, que, dans les cas pareils, il faut grandement tenir compte de l'atonie du cerveau ou de l'absence de volonté, c'est que dans beaucoup d'affections nerveuses de ce genre ou qui s'en approchent, il a suffi, pour les guérir, d'inspirer une volonté aux malades. Ainsi on a vu des paralysies et des contractures hystériques guérir sous l'influence d'une cérémonie religieuse qui frappait vivement l'imagination et la foi des malades ; on en a vu guérir de même sous l'influence d'une peur inopinée, d'un bain de surprise, etc. Or, qu'est-ce qu'un acte de foi, un acte par suite de peur ou par suite de surprise, si ce n'est un acte de volonté ?

M. Parchappe. Avant que Lallemand eût cité les observations d'enfants anencéphales auxquelles il vient d'être fait allusion, et eût tiré du fait d'accomplissement de la succion par ces enfants des inductions sur le rôle de la moelle allongée dans les phénomènes de mouvement instinctif, Prochaska avait non-seulement cité des faits analogues, mais encore les avait solidement rattachés à la théorie des mouvements réflexes dont il est l'auteur, et à laquelle les travaux ultérieurs n'ont, en la confirmant, ajouté que des détails. Mais dans le cas dont il s'agit, la volonté intervenait réellement dans les premiers moments de la déglutition, et dès lors l'action du cerveau était évidemment mise en jeu. Les questions que j'ai faites n'avaient pas pour but la confirmation de ce fait qui me paraît incontestablement acquis ; mais je voulais savoir si les symptômes auraient pu conduire à supposer que la moelle allongée participât à l'état morbide dans lequel se trouvait le cerveau, et qui consistait dans une suspension d'action, en ce qui concerne les mouvements volontaires, qu'une excitation spéciale et unique pouvait faire cesser.

L'absence du clignotement révélait dans l'appareil de la vision un état d'inactivité absolue. Il n'en était pas de même du cerveau, puisque le malade, dans une condition déterminée, avait et accomplissait la volonté d'avaler.

M. Delasiauve. Le fait de M. Cerise est difficile à apprécier. Il y a des cas de catalepsie où les malades conservent encore un peu de connaissance. Le fait de notre savant collègue ne rentrerait-il pas dans ceux de stupidité ou de lypémanie à la plus haute puissance ?

©BIUM

Il y a chez ce malade une intervention cérébrale manifeste, puisque lorsqu'une certaine personne lui parle, il prend sa cuiller, la porte à sa bouche et accomplit régulièrement en trois actes la déglutition ; il y a là participation de l'instinct et de la volonté. Ce matin même j'étais en face d'un malade qui se refusait à l'alimentation, mais il ne s'opposait pas à la déglutition du bouillon qu'on introduisait dans sa bouche à l'aide du biberon. J'ai vu plusieurs malades dans de pareilles conditions, et je ne les ai pas considérés comme des cataleptiques, mais comme des stupides chez lesquels il y a une certaine érection du cerveau. Ces faits sont nombreux dans nos asiles. Il y aurait donc à examiner les circonstances du fait de M. Cerise, et à le rapprocher de ceux dont je parle.

M. Parchappe. Un seul mot encore relativement au fait cité par M. Cerise.

Il n'y a pas peut-être d'affection plus variable dans ses manifestations, comme dans ses degrés, que la catalepsie. L'état cataleptique ne se révèle constamment que par un seul fait, la persistance d'une attitude non voulue dans un membre contre les lois de la pesanteur. J'admets très bien que dans la plupart des cas de catalepsie complète il y ait suppression des relations avec le monde extérieur. Mais dans le fait cité par M. Cerise, l'état du cerveau, quel qu'il ait pu être, n'impliquait pas l'interruption absolue de toute relation avec le monde extérieur. Le malade *entendait* la voix qui l'invitait à avaler, et *voulait* la déglutition. Ce qui prouve que tel était bien son état, c'est que, d'après les détails donnés par M. Cerise, des phénomènes analogues se produisaient à propos d'actes où toute confusion entre ce qui dépend de l'instinct et ce qui dépend de la volonté était impossible. Sur l'invitation du gardien, le malade prenait volontairement les attitudes préparatoires, et exerçait volontairement les mouvements préliminaires de l'acte de la défécation.

M. Cerise. Toute provocation à prendre des aliments ou à changer d'attitude n'avait de succès que lorsqu'elle était le résultat de la même voix, de la même personne, de la même volonté.

M. Jules Falret expose les principaux faits contenus dans son mémoire sur la catalepsie.

M. Delasiauve. Je ne veux dire qu'un mot à propos de l'intéressante communication de M. J. Falret. La diversité symptomatique n'est pas toujours un motif suffisant de multiplier les espèces morbides. Dans beaucoup de cas, et surtout dans les névroses, le même état pathologique peut affecter des expressions variables ; cela tient à des différences de siége, d'étendue, de profondeur, d'intensité, d'idiosyncrasie, etc.

©BIUM

On a basé sur la rigidité musculaire le diagnostic de la catalepsie. Eh bien! la discussion actuelle témoigne peut-être de la fragilité de ce signe. Je crois, du moins en fait de détermination maladive, qu'au lieu de s'en rapporter à une apparence souvent trompeuse, il faut, par un effort de réflexion, tâcher de se bien pénétrer de la condition réelle des organes et des fonctions.

Le début, en effet, a eu pour origine le rapprochement que j'ai tenté entre l'extase et la catalepsie. On ne parle guère de l'une qu'on ne parle de l'autre, et néanmoins quelle opposition dans les symptômes! D'un côté, contraction violente et soutenue des muscles: de l'autre, leur inertie due à la diversion de l'influx nerveux; ici, ravissement de la pensée dû à un travail parfois mystique et voluptueux: là, perte de connaissance plus ou moins absolue.

Ce contraste pourrait bien, en somme, ne répondre qu'à des degrés divers de la même modification cérébrale, liés par de nombreux degrés intermédiaires: éréthisme léger, résolution des membres et entraînement forcé dans une vague rêverie; éréthisme moyen, élaboration mentale pénible, hallucinations, commencement de roideur musculaire; éréthisme extrême, abolition des sens, de l'intelligence et rigidité complète. On aurait ainsi l'extase simple, l'extase cataleptique ou la catalepsie extatique, et la catalepsie. L'observation ne dément point cette distinction qui, quoique hypothétique, jette une vive clarté sur ces cas obscurs, et pourrait bien avoir pour elle la vérité.

J'ai déjà eu l'occasion de faire les mêmes remarques à propos des formes simple et suraiguë du délire alcoolique.

La séance est levée à six heures moins un quart.

Séance du 16 novembre 1857.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

MM. Morel et Lunier, membres correspondants, assistent à la séance.

La correspondance comprend:

Une lettre de M. le docteur Bich, qui demande le titre de membre correspondant. (Commissaires: MM. Buchez, Cerise, Loiseau.)

Une lettre de M. le docteur Guggenbühl, qui demande le titre de membre correspondant. (Commissaires: MM. Pinel, Fournet, Trélat.)

Une lettre de M. le docteur Niepce, d'Allevard (Isère), qui demande le titre de membre correspondant. (Commissaires: MM. Pinel, Fournet, Trélat.)

©BIUM

La Société reçoit trois numéros du *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*; le Bureau devra examiner s'il n'y a pas lieu d'adresser, en échange de cette publication, les *Annales médico-psychologiques*.

M. le secrétaire-trésorier fait connaître que le chiffre de la souscription en faveur de madame veuve Lepeytre s'élève aujourd'hui à 325 francs; il y a tout lieu d'espérer, ajoute *M. Brochin*, que la veuve de notre confrère obtiendra un secours annuel sur les fonds du ministère de l'intérieur, grâce à l'intervention active d'un des membres de la Société médico-psychologique.

M. Morel, médecin en chef de Saint-Yon, communique à la Société quelques réflexions sur les caractères de l'ordre physique et de l'ordre moral à l'aide desquels il est possible de reconnaître les individus que l'auteur classe dans la catégorie des *Variétés maladives dans l'espèce humaine*. Il présente à l'appui de son opinion quelques spécimens d'anthropologie pathologique.

Dans son travail sur les dégénérescences, l'auteur a eu en vue d'étudier l'action des causes dégénératrices, ainsi que les transformations de l'ordre physique et de l'ordre moral que ces causes impriment à l'espèce. Aujourd'hui M. Morel pense que ces transformations ont un caractère tellement constant et tellement invariable, qu'étant donné un individu dégénéré, il est possible non-seulement de porter un diagnostic certain, mais de faire remonter l'individu à l'origine des causes qui ont amené son état dégénératif.

Pour confirmer cette dernière manière de voir, M. Morel se contente, pour le moment, de faire observer que la dégénérescence crétineuse a des caractères de l'ordre physique et de l'ordre moral tellement saillants, qu'étant donnée la cause de cette dégénérescence, elle produit le même genre de variétés maladives sur tous les points du globe.

M. Morel a déjà pu, dans son ouvrage, fixer les caractères dégénératifs qui appartiennent aux descendants des individus qui ont conçu dans l'état d'intoxication alcoolique chronique, et il émet encore une fois l'idée que tous les êtres dégénérés ont des caractères communs qui les rattachent à la même famille. Ils ont cependant des caractères distinctifs qui les font rentrer dans tel ou tel genre de ces variétés maladives.

Ces caractères sont, pour ce qui regarde l'ordre physique :

1° La forme de la tête ;
2° La forme des oreilles ;
3° La petitesse et le rabougrissement de la taille ;
4° Le développement tardif de la puberté.

©BIUM

A cet arrêt de développement de la puberté se rattache le peu de viabilité des enfants appartenant aux individus soumis à un état dégénératif fatal. Mais la puberté peut non-seulement être tardive, mais complétement enrayée. Les individus sont, dans ce cas, irrémédiablement stériles, et M. Morel montre à la Société des *spécimens plastiques* en plâtre de ce degré extrême de la dégénérescence.

A ces quatre grands ordres de faits se rattachent des conditions maladives qui rentrent d'une manière plus spéciale dans l'étude générale des tempéraments et des infirmités humaines. M. Morel veut dire par là qu'il y a, chez ces individus, exagération des tempéraments lymphatique et scrofuleux; on trouve chez eux l'existence plus fréquente des hernies et des pieds bots. Les sens sont généralement moins parfaits, la surdité est chose fréquente, et à quelque point de vue qu'on les examine, au point de vue des fonctions physiologiques et de la forme humaine, ils dévient notablement du *type normal de l'humanité*.

Ordre intellectuel et moral. — Pour ce qui regarde maintenant les déviations de l'ordre intellectuel et moral, celles-ci ne sont ni moins importantes ni moins caractéristiques. Sous ce rapport les naturalistes nous ont déjà donné l'exemple de la marche à suivre dans l'étude de ces caractères. A ne considérer les choses que sous le point de vue de la distinction positive des espèces, dit M. Flourens, l'étude des qualités intellectuelles n'importe guère moins que l'étude des qualités organiques, et la raison en est simple. C'est par ses qualités intellectuelles que l'animal agit, c'est des actions que dépend le genre de vie, et par conséquent la conservation des espèces ne repose pas moins au fond sur les qualités intellectuelles des animaux que sur leurs qualités organiques.

Appliqué à l'étude de l'état intellectuel et moral des êtres dégénérés, cette méthode d'observation nous révèle :

Un grand obscurcissement du sens moral;

Un besoin instinctif de faire le mal sans but spécial d'intérêt, comme si les individus étaient sous l'empire d'une impulsion irrésistible.

Il peut arriver encore que les individus montrent une intelligence et des aptitudes précoces; ils ont pu remplir une fonction dans la société, ils ont fait naître parfois des espérances très grandes, ce qui n'arrive pas pour les imbéciles et les idiots de naissance, mais tout à coup ils sont enrayés dans leur évolution. Des phénomènes pathologiques spéciaux sont l'indice d'une transformation maladive irrémédiable.

On dirait que la vie moyenne intellectuelle est, chez eux, bornée;

©BIUM

et en dehors des cas où la pédagogie médicale peut venir en aide à ces représentants de l'anthropologie pathologique, ils sont irrémédiablement voués aux conséquences de cette loi pathologique, qui veut que certaines transformations maladives de l'ordre du système nerveux s'enchaînent et se commandent successivement d'une manière fatale.

Telles sont les principales réflexions émises par M. le docteur Morel, qui s'est du reste engagé à publier, sur ce sujet, un mémoire qui sera inséré dans les *Annales médico-psychologiques*.

M. Alfred Maury, à propos de la communication de M. Morel, fait observer que des voyageurs ont constaté que l'aplatissement de la tête, chez quelques tribus indiennes de l'Amérique du Nord, et particulièrement chez celle des *Têtes plates*, exerce une influence certaine, de l'aveu des Indiens eux-mêmes, sur le caractère et sans doute aussi sur l'intelligence de ceux auxquels on la fait subir.

M. Ferrus. Personne n'apprécie plus que moi le travail de M. Morel, et je ne doute pas que l'Institut n'accueille avec faveur sa communication sur les caractères de la dégénérescence et sur l'influence qu'elle exerce quant à la stérilité. Mais dans une Société spéciale, comme la nôtre, sa doctrine ne saurait passer sans observations. Je crois donc qu'avant d'imprimer ce travail de M. Morel, il serait convenable de le soumettre à une discussion qui lui ferait acquérir un cachet plus accusé et d'où ressortiraient nécessairement plusieurs faits d'une réelle importance. M. Morel constate par exemple, à propos des dégénérescences, l'arrêt de développement des facultés génératrices; il range à cet égard, dans une même catégorie, les crétins, les idiots et les imbéciles. Or il est avéré par l'observation que les crétins, en général, ont les organes génitaux très développés et les instincts salacieux.

Quant à la dépression de la partie supérieure de la tête en tant que résultat de l'emploi du bandeau, cette remarque, d'après mes recherches, n'a pas la valeur que, concurremment avec une opinion anciennement exprimée par M. Foville, M. Morel a cru devoir lui attribuer. Durant un récent séjour à Castres, j'ai examiné à ce point de vue, tant dans les maisons particulières que dans les salles d'asile et les manufactures, des enfants et même des adultes de la ville ou des communes environnantes, et je n'ai recueilli de cet examen aucune notion bien positive. Quelques têtes laissaient voir un sillon, quoique le bandeau ne leur eût point été habituellement appliqué; d'autres, qui avaient été soumises à l'usage du bandeau, ne portaient aucune trace appréciable.

M. Morel. Je remercie M. Ferrus de ses observations bienveil-

©BIUM

lantes; il est certain que chez les crétins il y a des individus d'une grande salacité. Pour ce qui est de la stérilité, il faut bien dire que, si ce n'est pas un phènomène constant chez ces êtres dégénérés, c'est là du moins un des caractères les plus saillants de la dégénérescence.

M. le président prie M. Morel de rédiger son travail pour le livrer à l'impression dans les *Annales médico-psychologiques;* une discussion pourra s'engager alors. Il est impossible de discuter une communication verbale ; on aurait une causerie au lieu d'une discussion.

Discussion sur les névroses extraordinaires.

M. Lunier donne lecture d'une *observation d'hystéro-catalepsie somnambulique* dont voici l'extrait sommaire :

Lise T..., tempérament lympho-nerveux, née de parents phthisiques, d'une santé d'ailleurs fort délicate, n'avait que de rares et faibles accès d'hystérie, lorsque, à l'âge de quatorze ans, elle fut atteinte d'une névrose caractérisée par des accès de somnambulisme qui se terminaient eux-mêmes par des convulsions hystériques ou épileptiformes. Ces accès revenaient presque tous les mois et plusieurs jours consécutifs, immédiatement après la menstruation, qui était d'ailleurs régulière, mais insuffisante.

Des expériences intempestives, tentées dans le but de magnétiser Lise, paraissent avoir déterminé les crises de somnambulisme.

Cet état durait depuis sept ou huit ans, et mon prédécesseur et moi-même avions inutilement employé toutes les médications usitées en pareil cas, lorsque je me décidai à essayer du magnétisme.

Lise devint en peu de temps un *sujet* remarquable. A l'état de veille, mais surtout dans le sommeil magnétique, elle obéit à ma volonté formulée mentalement : elle me dit elle-même que, pour la guérir, il faut la magnétiser souvent. Je le fis, et, en effet, après avoir, en *provoquant* des crises légères à l'aide de passes magnétiques, empêché ou retardé d'abord le retour des crises mensuelles, je finis par en obtenir la cessation définitive, prédite d'ailleurs par la malade elle-même, avec une précision remarquable.

Chaque fois que je magnétisai Lise, je l'interrogeai sur divers faits, la plupart connus de moi, quelques-uns seulement soupçonnés; le plus souvent elle me donna sur ces faits les détails les plus circonstanciés. A plusieurs reprises, je lui *dictai mentalement* un mot, une phrase même, qu'elle écrivit comme si elle les eût entendus, c'est-à-dire avec son orthographe à elle.

©BIUM

M. Lunier ajoute : J'admets, pour l'avoir observé, l'existence chez certains sujets d'une aptitude à être influencés par d'autres personnes, de telle façon que celles-ci puissent développer chez eux un état spécial en tout semblable au somnambulisme naturel. J'admets que ces *sujets* peuvent présenter, à l'état de veille ou à l'état de sommeil somnambulique spontané ou provoqué, des phénomènes qui tiennent du prodige, phénomènes que, dans l'état actuel de la science, nous ne pouvons ni comprendre ni moins encore expliquer, mais dont il n'est pas possible de nier l'existence.

Je considère ces faits comme *pathologiques* et par conséquent de notre ressort.

M. Alfred Maury demande si M. Lunier pense que, par suite de l'influence exercée par le magnétiseur sur la somnambule, les pensées du magnétiseur puissent se communiquer à celle-ci.

M. Lunier. J'ai rarement trouvé des sujets lucides, mais j'en ai rencontré quelques-uns, — atteints pour la plupart de quelque maladie chronique, — qui étaient très clairvoyants dans l'état de somnambulisme provoqué. En général, la lucidité de ces *sujets* s'arrête à des faits connus de la personne qui les magnétise. Le cas que je viens d'exposer est le seul dans lequel j'aie constaté, chez une personne en état de somnambulisme, la vue à distance et la connaissance de choses inconnues au magnétiseur.

M. Michéa. M. Lunier a parlé d'un fait plus précis, d'une affaire de vol.

M. Lunier. Ce fait a été vérifié ; la somnambule a reconnu l'individu, l'a suivi dans la ville, l'a vu monter un escalier et a vu couper devant elle la pièce d'étoffe.

Sur une question de M. Garnier, *M. Lunier* répond qu'il interrogeait la malade verbalement ou mentalement.

M. Ferrus. Le fait du vol est important. Connaissiez-vous le voleur ?

M. Lunier. J'avais quelques soupçons, mais rien de plus ; je ne connaissais pas les détails du fait lui-même.

M. Ferrus. Vous pensez bien que les somnambules peuvent recevoir l'influence de la personne avec laquelle elles sont mises en rapport direct ou indirect.

M. Lunier. Assurément : j'ai constaté le fait un trop grand nombre de fois pour conserver le moindre doute à ce sujet.

M. Moreau. Il y a ici deux questions distinctes, la question médicale et celle du somnambulisme ; il n'y a rien d'extraordinaire, au point de vue médical, dans l'observation que vient de lire M. Lunier ; quant au reste, ce sont des faits sur lesquels il convient d'ouvrir une discussion. S'il fallait les admettre sans réserve, que

©BIUM

cela fût vrai, parfaitement établi, il faudrait croire possibles tous les faits étranges qu'on raconte du magnétisme.

M. Ferrus propose de voter des remercîments à M. Lunier; il est convaincu, dit-il, de l'importance de cette question du magnétisme, importance à laquelle ne font qu'ajouter les incertitudes de l'opinion. Les gens de science repoussent d'une manière trop absolue ce qu'on en rapporte, de même que les gens du monde s'y prêtent avec une trop crédule complaisance. Comment séparer le vrai du faux, comment acquérir une conviction et la faire ensuite prévaloir, sinon en recherchant expérimentalement si l'on peut soi-même produire les effets donnés par les magnétiseurs comme obtenus. Hommes de science et passant notre vie à observer, cette constatation nous appartient, elle est un devoir et un droit pour nous. Il faut, à l'exemple de M. Lunier, aborder le terrain des faits magnétiques avec un certain courage, afin de voir et ce qu'ils sont en eux-mêmes, et comment ils se rattachent à l'organisme physiologique.

M. Lunier. Je remercie M. Ferrus de l'extrême bienveillance avec laquelle il veut bien apprécier les motifs qui m'ont déterminé à vous faire une communication que je vous demanderai d'ailleurs la permission de compléter par quelques considérations.

Je considère, je le répète, les phénomènes du somnambulisme comme le résultat d'une maladie qui détermine l'aptitude à être influencé. J'ai essayé de magnétiser des sujets bien portants sans rien obtenir de sérieux. J'ai trouvé cependant exceptionnellement une enfant, fille d'une somnambule, très facile à influencer à l'état de veille. Il suffisait de lui prendre les mains et de causer avec elle quelques instants pour se mettre en rapport. Pour ce qui regarde Lise, j'ai pu obtenir chez elle la vue à distance et les phénomènes de transformation dont parlent les auteurs qui ont traité la question du magnétisme; par exemple, je me montrais à ses yeux sans tête; je me transformais en une bête féroce quelconque; elle poussait alors des cris d'horreur. Plusieurs médecins de Niort pourraient, au besoin, attester ces faits. Il est certain aussi que la maladie a diminué et disparu progressivement sous l'influence du magnétisme. A l'état de veille, Lise était d'ailleurs une fille assez simple et inculte, et chez laquelle il n'y avait rien de bien remarquable à observer, en dehors de sa maladie.

M. Ferrus fait observer que les accidents nerveux pareils à ceux de la malade de M. Lunier cessent quelquefois d'eux-mêmes.

M. Lunier. Il y avait, chez Lise, deux existences bien distinctes; à l'état de veille, elle ne se rappelait en aucune façon ce qu'elle disait et faisait pendant ses crises, et *vice versa*. J'ai là une observation

©BIUM

qui m'a été remise par un médecin très distingué de Blois, M. le docteur Dufay; il s'agit d'une modiste qui présente des phénomènes offrant une grande analogie avec ceux observés chez Lise. Elle s'endort du sommeil magnétique et fait alors des choses difficiles de son état bien plus adroitement qu'elle ne saurait le faire à l'état de veille. Elle court dans les rues, va et vient au milieu de l'obscurité, livrée au sommeil magnétique. Ces faits se produisent depuis huit ans dans la ville de Blois, au su de beaucoup de personnes. Je suis convaincu que si l'on pouvait déterminer artificiellement des crises chez cette jeune personne, on obtiendrait sinon la guérison au moins une amélioration notable.

M. Alfred Maury. Avez-vous été témoin des crises de la modiste?

M. Lunier. J'ai vu plusieurs fois cette jeune personne, mais je n'ai assisté à aucune de ses crises.

M. Peisse. M. Moreau a très bien dit que le récit circonstancié de pareils faits, venant d'hommes aussi compétents, aussi éclairés et aussi consciencieux que notre honorable collègue, devrait ôter le reste de doute qui peut subsister dans la pensée du plus grand nombre. L'attestation d'un témoin sincère et éclairé est la seule constatation possible dans les cas de ce genre. Seulement il m'a semblé que la manière dont les faits sont racontés est un peu vague et trop générale. Je ne doute pas qu'ils ne se soient passés de manière à ne laisser aucun doute dans l'esprit de l'observateur, mais M. Lunier ne nous donne pas de détails suffisamment circonstanciés et précis. Le seul fait qui me semble avoir ce caractère de détermination positive est celui dans lequel M. Lunier aurait dicté mentalement des phrases que la malade écrivait. Je voudrais savoir si ce fait, ainsi attesté, s'est produit assez souvent pour qu'on ne puisse absolument pas l'attribuer à une simple coïncidence.

M. Lunier. Une dixaine de fois.

M. Peisse. Alors, ce ne peut être une rencontre du hasard.

M. Lunier. Ce ne sont pas seulement des mots, mais des phrases composées de plusieurs mots que j'ai dictées ainsi. Je choisissais des phrases extraordinaires, n'ayant aucun sens, quatre ou cinq mots pris au hasard et qu'elle ne connaissait pas; et ces mots étaient écrits par la malade, avec son orthographe à elle. Presque tous les faits que j'ai cités se sont produits avec persistance. J'ai magnétisé Lise plus de cent fois et j'ai pu vérifier tous ces faits et en prendre note. Quant à ceux qui n'étaient pas parfaitement tranchés, je les omettais.

M. Peisse. D'après ces explications de M. Lunier, le fait paraît avoir toutes les garanties exigées pour un témoignage valable. Mais,

©BIUM

en l'admettant, il ne faudrait pas dire, avec M. Lunier, qu'il est *surnaturel*, il ne serait qu'extraordinaire. Dans les livres des magnétiseurs de profession, on trouve une foule de récits analogues. Maintenant une autre observation sur une théorie de M. Lunier à ce sujet. Il a dit que cet état constituait une maladie. Je ne puis considérer ces phénomènes comme la production d'un état maladif. Dans l'état ordinaire, quand on vit habituellement avec une personne, il n'est pas rare qu'une même idée vienne à l'esprit de tous deux au même instant. Il y a dans l'état normal une espèce de communication entre les esprits, comme entre les cœurs et les sentiments. Il se pourrait que l'état magnétique ne fût qu'une manifestation plus apparente de ce qui se passe à l'état naturel.

M. Brierre de Boismont. L'observation communiquée par M. Lunier a beaucoup d'importance; je demande qu'il ait la bonté d'indiquer une phrase, puisée dans ses notes et écrite par la somnambule pendant qu'il la dictait mentalement. M. Moreau a dit que le fait d'agir mentalement sur une autre personne lui paraissait singulier; notre honorable vice-président, M. Cerise, a fait cette expérience en ma présence, et il m'a convaincu de la possibilité de ce moyen d'action.

M. Lunier. Je n'ai consigné dans mon observation aucune de ces phrases; mais il me serait facile d'en citer plusieurs en consultant mes notes.

M. Michéa. M. Lunier nous a dit que la malade, en écrivant les phrases qu'il dictait mentalement, manifestait toujours une certaine hésitation; la somnambule ne pouvait-elle s'aider du geste, de l'expression du visage de l'observateur, lire les mots sur ses lèvres, s'il les prononçait tout bas instinctivement.

M. Lunier. Les faits de magnétisme, comme ceux de névrose en général, ne se reproduisent presque jamais identiquement les mêmes; voilà pourquoi on échoue souvent en voulant répéter certaines expériences.

M. Moreau appelle l'attention de la Société sur l'inconvénient qu'il peut y avoir à publier dans le Bulletin des observations comme celle de M. Lunier. Ce serait prendre sur elle une responsabilité immense, ce serait arborer le drapeau du magnétisme et compromettre son autorité scientifique.

M. Cerise, vice-président. Cette question sera examinée par le Comité de publication.

La séance est levée à six heures.

©BIUM

Séance du 30 novembre 1857. — Présidence de M. Baillarger.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

La correspondance comprend :

Une lettre de M. le docteur Azam, de Bordeaux, qui sollicite le titre de membre correspondant, et qui adresse, à l'appui de sa candidature, un mémoire ayant pour titre : *De la folie sympathique provoquée et entretenue par les lésions organiques de l'utérus et de ses annexes* (Commissaires : MM. Cerise, Michéa, Schnepf.)

La thèse de M. Berthier, ancien chef interne de l'asile d'aliénés d'Auxerre, avec demande du titre de membre correspondant. (Commissaires : MM. Bourdin, Brierre de Boismont, Legrand du Saulle.)

La thèse de M. Rousseau, ex-interne de l'asile d'aliénés d'Auxerre, avec demande du titre de membre correspondant. (Commissaires : MM. Bourdin, Brierre de Boismont, Legrand du Saulle.)

Plusieurs brochures de M. le docteur Castiglioni, médecin de l'asile de la Senavra (Milan).

Su la beneficenza del publico manicomio la Senavra; rendiconto per gli anni 1854-1856.

Sopra un viaggio a più renomati manicomij d'olt' alpi e d'oltr'mare 1856.

Sui resultamenti delle disposizioni e delle cure dei ricoverati sueidi nei manicomii.

M. Brierre de Boismont est chargé de rendre compte à la Société de ces différents ouvrages.

Discussion sur les névroses extraordinaires.

M. Bourdin a la parole pour une communication.

M. Bourdin. Avant d'entrer dans le détail des faits sur lesquels je vais appeler l'attention de la Société, je dois faire quelques observations préalables qui tirent leur importance de la nature exceptionnelle de ces faits.

Contrairement à ce qui a lieu dans les communications avec les Sociétés savantes, j'entre dans la lice sans espoir et sans volonté de porter la conviction dans les esprits; de simples paroles ne suffisent pas pour un si grand résultat, quand il s'agit de faits qui sortent de l'observation commune. Les faits eux-mêmes, substitués au récit, n'auraient pas une plus grande autorité pour entraîner la conviction de l'auditoire. Je me propose un autre but.

©BIUM

Des faits se sont produits devant moi, par hasard et sans recherches préconçues ; mon rôle s'est borné à les recueillir avec impartialité, en présence de plusieurs témoins. Ce sont ces faits que je veux livrer à la publicité.

En me décidant, imprudemment peut-être, à les tirer de l'oubli dans lequel ils dormaient depuis dix-sept ans, j'ose avouer une seule espérance, celle d'exciter le zèle des hommes de bonne volonté pour que mes expériences soient répétées et mieux étudiées.

Le 13 octobre 1841, je fus appelé par l'honorable docteur Trèves pour visiter une malade à laquelle il donnait des soins depuis plusieurs semaines. A mon arrivée, je trouvai la malade dans une crise. Elle était couchée dans son lit, étendue, immobile et raide comme un tétanique. Les jambes étaient croisées, les pieds étendus, les bras fléchis sur le tronc, et les mains fortement serrées. La tête était légèrement infléchie à gauche ; les paupières restaient entr'ouvertes et fixes, les pupilles largement dilatées. La bouche était fermée, les dents grinçaient de temps en temps. On pouvait à peine déplacer les membres, sans toutefois leur faire perdre leur rigidité. La sensibilité semblait abolie. Néanmoins, en faisant avec la main, à la région épigastrique, des frictions légères, insuffisantes pour produire une douleur quelconque dans l'état normal, on provoquait une sensation en apparence très douloureuse. La face devenait grimaçante, et les membres ainsi que le tronc se contournaient avec effort. Dix minutes environ s'étaient écoulées quand les yeux s'ouvrirent, puis se refermèrent comme dans le sommeil ; enfin la malade ne tarda pas à reprendre connaissance. Les jambes conservaient encore leur rigidité. Quelques minutes plus tard, tout était fini.

Les crises étaient ordinairement annoncées par des symptômes précurseurs. Quelques-unes épargnaient les facultés intellectuelles ; d'autres une partie de l'appareil musculaire. La malade avait éprouvé, avant la crise actuelle et à des époques diverses, de la céphalalgie, des vertiges ; des syncopes, à la suite de son mariage ; une hémiplégie droite, à la suite de son premier accouchement ; enfin une fièvre cérébrale, après son second accouchement.

Après avoir signalé les insuccès dont avait été suivi l'emploi de nombreux médicaments, M. le docteur Trèves proposa l'emploi du magnétisme animal. J'acceptai alors, malgré mon inexpérience, le rôle difficile et délicat de magnétiseur.

Pendant que je poursuivais la guérison, seul et unique but de mon entreprise, des faits surprenants se révélèrent à mon observation. Je vais donner une analyse succincte des deux ordres de faits

©BIUM

qui se rattachent plus particulièrement à l'objet de la discussion.

La première série des faits observés a consisté en une transmission mystérieuse de la sensation du magnétiseur à la magnétisée. Cette transmission se faisait de l'un à l'autre, directement, par l'effet de la volonté dans certains cas, mais sans réciprocité.

Dans la deuxième séance, qui eut lieu le 21 octobre 1841, et pendant que nous étudiions les effets du chatouillement provoqué à l'aide des barbes d'une plume, l'un des expérimentateurs me passa légèrement cette plume sous le nez. Au même instant, la malade fit une petite grimace comme si elle avait été touchée elle-même. L'expérience fut répétée plusieurs fois et renouvelée depuis avec succès.

Le 23 octobre, on essaya de me chatouiller en me pinçant légèrement les genoux et les flancs. La malade s'abandonna à un rire si franc qu'il eût été difficile d'en soupçonner la sincérité. Comme le chatouillement continuait et que la malade se trouvait fatiguée du rire auquel la contraignaient les attouchements exercés sur moi, elle se jeta sur les mains qui me touchaient. Comme je lui témoignais ma surprise de la voir se mêler d'une chose qui me regardait seul : « Cela me regarde aussi, dit-elle. Quand on *vous* » touche, je ressens le mal qu'on *me* fait. »

Dans diverses séances, je fus pincé, piqué, tourmenté de plusieurs façons; on me tira les cheveux, les oreilles; on me marcha sur le pied; la malade parut ressentir des douleurs pareilles à celles que j'éprouvais moi-même. Deux fois, dans une même séance, je fus pincé au mollet; chaque fois, et au même instant, la malade porta la main vers la partie externe et inférieure du mollet gauche, là précisément où avait lieu le pincement exercé sur moi. Ayant été une autre fois fortement pincé à la région lombaire par une personne placée derrière moi, la malade parut ressentir la même douleur d'une manière si vive et si soudaine, qu'elle se retourna brusquement comme pour voir qui l'avait pincée, bien que la chaise sur laquelle elle était assise fût adossée à un mur. Ce faisant, elle portait la main vers la partie endolorie et la frottait légèrement comme pour dissiper une douleur. On exerça des pincements sur plusieurs points de la peau; mais la transmission mystérieuse s'accomplit également, quelle que fût la partie du corps soumise à l'expérience.

Les expériences que je viens de relater se faisaient en présence de la malade; cette circonstance fit naître des soupçons. On décida de répéter les expériences dans des conditions d'isolement. Le 23 octobre, je me plaçai, avec deux expérimentateurs, dans une pièce séparée. Je fus pincé au-dessus du sein gauche. Au même moment, a malade, qui se promenait dans la chambre voisine, s'arrêta subi-

©BIUM

tement, le visage crispé par la douleur, et portant ses deux mains à la partie supérieure du sein gauche.

Une circonstance fortuite me fit entreprendre des expériences relatives au besoin de boire. Me trouvant moi-même altéré pendant l'une de nos séances, la malade ne cessa de boire. Dans la séance suivante, la même scène se renouvela pendant une heure environ, c'est-à-dire jusqu'à ce que j'aie bu un verre d'eau.

Il est à remarquer que les expériences sur la sensibilité étaient d'autant plus décisives que les sensations qui m'étaient propres étaient plus intenses.

La seconde série de faits a été caractérisée par la transmission mentale et sans signes extérieurs, d'ordres qui ont été compris et exécutés par la malade.

Ici la puissance de la volonté se produisit d'une manière éclatante. Tantôt, en effet, je pus faire exécuter des mouvements déterminés, tantôt produire des illusions singulières.

Dans la séance du 27 octobre, et pendant que la malade causait avec son médecin, l'un des confrères présents me fit signe de la faire venir près de moi. L'ordre fut donné par moi, transmis mentalement et exécuté sur-le-champ. Le même confrère me fit signe du doigt de la renvoyer à sa place : l'ordre fut prescrit mentalement et exécuté avec autant de célérité que s'il avait été donné à haute et intelligible voix. L'un des témoins de cette double scène, qui se trouvait éloigné, dit, en m'adressant la parole : *ad cubile*. Je donnai l'ordre à la malade de se diriger vers le lit; celle-ci obéit aussitôt. Je lui ordonnai, dans une autre séance, de quitter la table au moment du repas. Elle prit sa chaise, son assiette, son couteau, etc., et vint continuer son repas près du poêle. Comme on lui demandait la raison de son déplacement, elle avoua ne pas la connaître.

Dans une autre série d'expériences, j'essayai de tromper la malade en produisant de véritables illusions par l'effet de la volonté.

Tandis que nous observions les effets du chatouillement produit par les barbes d'une plume, il me vint à l'idée de faire le simulacre d'un chatouillement, avec la volonté de produire ce chatouillement. Je tins donc la plume à 4 ou 5 centimètres de l'oreille, imitant les mouvements d'une personne qui touche légèrement un corps avec une plume. La malade porta la main à son oreille et la gratta légèrement. La même expérience fut exécutée sur diverses parties du corps et réussit parfaitement.

Dans le cours de la douzième séance, je tirai de mon portefeuille, à l'insu de la malade, une carte de visite avec laquelle répétai les expériences analogues à celles que je viens de racon

©BIUM

La malade, que je cherchais à tenir endormie, me reprocha avec impatience de lui toucher les cheveux et les oreilles avec ma carte, ce qui l'empêchait de dormir, tandis que j'avais, dit-elle avec vérité, la volonté de la faire dormir.

Des expériences nombreuses furent faites sur l'odorat. Un confrère, présent à la troisième ou quatrième séance, tira de son agenda une carte de visite que je présentai à la malade, en la priant de me dire ce que sentait cette carte. La malade répondit sans hésiter : « L'eau de Cologne. » Puis après un moment d'examen attentif, elle ajouta : « C'est singulier ! cette carte ne paraît cependant pas hu- » mide. » Or, j'avais voulu donner mentalement l'odeur désignée par la malade.

Les expériences sur le goût donnèrent quelques résultats importants à signaler. Je pus, en donnant à boire de l'eau pure dans un verre, et sans changer cette eau, faire croire à la malade que je lui donnais successivement du vin, du vin et de l'eau, enfin de l'eau pure.

Les ordres que je transmettais mentalement à la malade étaient réellement compris par elle. Un ordre était-il saisi par la malade, elle l'exécutait sur-le-champ; dans le cas contraire, elle s'approchait de moi, cherchant à deviner ma pensée en examinant mon visage. En vain je lui disais, à haute voix, que je ne pensais pas à elle. La malade insistait tant que je formulais moi-même en esprit les ordres qui n'étaient pas clairement compris. « Votre bouche dit » que vous ne vous occupez pas de moi, dit-elle, dans une occasion, » mais je sens que vous m'ordonnez de faire quelque chose. » La malade avait reconnu la vérité. Quand je ne m'occupais pas de transmettre des ordres, la malade ne venait pas me demander des explications comme celles dont je viens de parler.

Après avoir raconté des faits aussi extraordinaires que ceux qui font l'objet de la présente communication, le respect dû à la vérité m'impose le devoir de déclarer que ces faits ne suivaient pas, dans leur reproduction, une marche régulière à la façon des faits de l'ordre physique. Tantôt, en effet, ils se produisaient, tantôt ils ne se produisaient pas. Pourquoi ? Je n'ai pas pu le découvrir.

Je dois, avant de terminer cette communication, exprimer le regret de n'avoir pu lui donner tous les développements dont elle a été l'objet devant la Société médico-psychologique. L'exiguïté de la place réservée, dans les *Annales*, aux discussions, m'a obligé à donner la courte analyse qu'on vient de lire.

M. Dechambre. J'ai assisté à quelques expériences de M. Bourdin ; il m'a paru que les conditions de l'expérimentation n'étaient pas

©BIUM

suffisamment rigoureuses. J'ai pu me convaincre qu'en simulant un pincement à la nuque, tandis que je pinçais en réalité une autre partie du corps de la personne en communication avec la somnambule, le sujet de l'expérience portait la main à la nuque, là où, en réalité, je n'avais pas exercé de pincement. Ce fait, plusieurs fois répété, motive ma défiance. Il y avait là d'ailleurs un certain nombre de personnes qui, toutes, ne m'inspiraient pas la même confiance; M. Bourdin ne me paraît pas s'être mis suffisamment en garde contre toute supercherie.

M. Bourdin. Je dois dire que la communication que je viens de faire a été rédigée d'après des notes recueillies jour par jour à l'époque des expériences. Ces notes constatent en effet que les expériences auxquelles a assisté M. Dechambre n'ont donné que des résultats douteux et incertains. Les faits que je signale sont tellement exceptionnels qu'ils ne doivent être accueillis qu'avec la plus grande réserve; j'avoue même qu'ils ne peuvent provoquer que l'incrédulité chez les témoins. Mais lorsqu'on est acteur, la croyance se fait. S'il arrivait à l'un de vous de donner des ordres mentalement et sans manifestations extérieures, et de voir ces ordres exécutés par la personne à laquelle ils seraient adressés, vous seriez obligés d'admettre, comme moi-même, la réalité de ces phénomènes.

M. Ferrus. M. Bourdin a-t-il cru reconnaître quelques résultats de l'application du magnétisme au traitement de la maladie?

M. Bourdin. Assurément, puisque les crises ont complétement disparu pendant plusieurs années.

M. Buchez. Il résulte de toutes les expériences que la malade s'est trompée plus souvent qu'elle n'est tombée juste; la relation serait inflexible, inévitable, de même que la combinaison d'un acide avec une base, de même que la digestion d'un aliment ingéré dans l'estomac, si le phénomène avait une existence réelle. Je ne vois dans tout ceci que des choses qui arrivent par hasard, ou le résultat de manœuvres habiles; la simulation n'est pas toujours habile au même degré; il se rencontre parfois des coïncidences heureuses.

M. Maury. J'ai assisté aux séances données par M. Puel; presque toujours la somnambule cherche et n'arrive qu'à des à peu près; ces à peu près font les incrédules.

M. Bourdin. J'ai le regret de ne pas partager l'opinion de M. Buchez, relative à la nécessité de la constance des phénomènes de l'ordre de ceux qui font l'objet de ma communication. Quand on constate le fait de la digestion d'un aliment, on constate un fait certain, quoique non constant, car le même aliment peut, le len-

©BIUM

demain, n'être pas digéré par le même estomac. Quand, au contraire, on met en contact un acide avec une base, on constate un autre fait certain, mais constant. Il y a entre les deux faits la différence radicale de la reproduction possible dans un cas, certaine dans l'autre. Il faut donc éviter de comparer des faits qui ne sont pas comparables. Les lois qui régissent l'ordre physiologique sont différentes de celles qui gouvernent le monde physique.

M. Ferrus. On ne peut ajouter créance à ces faits, comme en général à tous les phénomènes du magnétisme, qu'autant qu'on les a directement et personnellement produits. Je n'ai jamais cru au magnétisme sur parole, je n'y puis croire même avec les faits sous les yeux; mais toute récusation cesse si je les produis. Or, je le déclare, j'en ai déterminé de très réels. Les observateurs qui se sont adonnés à cette recherche par eux-mêmes demandent qu'on en vérifie les résultats; sans cette manière de procéder, la question gardera éternellement ses doutes. Elle est aujourdhui portée devant vous, et la Société, suivant moi, devrait nommer une Commission chargée de poursuivre, à cet égard, des expériences et des vérifications. Elle ne pourra sans doute constater l'exactitude ou l'inanité des faits qui vous ont été soumis; mais elle essayera d'en provoquer d'analogues, et ne réussît-elle, à travers des tentatives fréquemment infructueuses, qu'à amener un phénomène bien constaté de même nature, le problème aurait fait un pas immense. En effet, un fait positif constitue à lui seul une vérité que la multiplicité des faits négatifs ne saurait détruire. La question du magnétisme, je le répète, est fort débattue dans le monde; c'est à la science d'éclairer les opinions, de fixer les incertitudes. Quant à un traitement magnétique, c'est, suivant moi, un leurre pour la pathologie, et ce serait un péril dans l'application. On peut citer des pays où les pratiques du magnétisme sont défendues, à cause des dangers auxquels elles ont donné lieu.

M. Dechambre. Deux mots encore sur la question de fait et la question de principe. Non-seulement la femme dont M. Bourdin vient de nous lire l'observation n'a pas toujours réussi dans ses expériences, mais encore elle a souvent réussi à faire tout autre chose; c'est ainsi qu'elle se laissait induire en erreur par un pincement simulé. Un jour, où notre confrère Mercier vint avec moi, toutes les expériences échouèrent, parce qu'on avait pris, contre l'habitude, des précautions qu'on a malheureusement coutume de négliger. Quant à la question de supercherie, du moment qu'on a été trompé à un moment donné, on est conduit à admettre que la supercherie s'est *toujours* exercée, au moins dans la même

©BIUM

séance. En effet, la somnambule ne peut tout à la fois avoir la plénitude de facultés et de liberté nécessaire pour combiner et accomplir une supercherie et être l'esclave de son magnétiseur. Il y a entre ces deux états contradiction formelle. Dès lors l'extraordinaire des phénomènes importe peu, il ne s'agit plus que de savoir comment on a été trompé. Tenez, en venant ici, on me donnait sur le trop fameux M. Home des renseignements curieux et qui expliquent ses facultés prétendues surnaturelles. Ses expériences ont lieu d'ordinaire autour d'une table recouverte d'un tapis. On s'est aperçu que M. Home allait, avec son pied habilement déchaussé, et qu'il savait porter à des distances incroyables, exercer des pressions, fouiller dans les poches de ses voisins, y prendre un mouchoir, etc. Pris sur le fait dans une séance donnée aux Tuileries, M. Home a eu une attaque de nerfs simulée, d'après un de nos confrères appelé à ce moment auprès de lui. Si un homme de bonne foi, comme M. Bourdin, fût venu vous raconter les merveilles exécutées par M. Home, on aurait pu tomber dans une singulière erreur. Ces faits-là sont merveilleux *jusqu'au jour où la fraude est découverte.*

M. Alfred Maury. Je n'ai que peu de chose à ajouter à ce que vient de dire M. Dechambre. Pourquoi, lorsqu'on se met en rapport avec des somnambules, au lieu de leur ordonner des choses aussi simples que de se diriger à droite, à gauche, de mouvoir tel ou tel membre, etc., ne pas leur commander certains actes d'une nature tellement extraordinaire qu'il leur serait impossible d'arriver même à des à peu près par des tâtonnements successifs. J'ai constaté pour mon compte que toutes les fois qu'on intimait aux somnambules d'accomplir des actions bizarres et inaccoutumées, elles se trouvaient en défaut. L'apparence du merveilleux disparaît, en un mot, sitôt qu'on veut obtenir un acte précis et nettement caractérisé.

M. Bourdin. Je n'ai pas à rapporter de faits notablement en dehors des habitudes de la malade confiée à mes soins; je comprends l'importance d'un pareil ordre de faits pour porter la conviction dans les esprits. Malheureusement nos expériences n'ont pas été dirigées dans cette intention. La loyauté exige que j'en fasse la déclaration. Je donne le fait tel qu'il est, selon la vérité, je le livre pour ce qu'il vaut.

M. Peisse. Ce que je voulais dire a été dit en grande partie; j'aurais voulu que les faits racontés fussent déterminés d'une manière plus détaillée, plus précise, avec toutes les circonstances caractéristiques qui les spécifient et les particularisent. Dans l'obser-

©BIUM

vation de notre collègue, on trouve plutôt l'impression que les phénomènes ont faite sur son esprit que l'énonciation purement historique des faits. C'est en cela que pèchent la plupart des observations sur les faits de cette nature.

Quant à l'espèce d'enquête proposée par M. Ferrus, elle ne pourrait pas, je crois, avoir un résultat utile. Comment la Société pourrait-elle vérifier les faits magnétiques expérimentalement? Où prendrait-elle ces faits? Ceux qui ont été produits par nos collègues sont anciens, on n'en sait et l'on n'en peut savoir que ce qu'en disent ceux qui les ont observés; nous n'avons sur eux aucun moyen de contrôle. Ce serait donc une étude en général des phénomènes du somnambulisme qu'il s'agirait d'instituer de nouveau; mais il faut, pour cette étude, des sujets, et les sujets ne pourraient guère être fournis que par les magnétiseurs; évidemment la Société ne peut entrer dans cette voie.

M. Schnepf. Il existe une observation semblable à celle de M. Bourdin dans le *Journal du magnétisme*, publié en Allemagne (1818 à 1820); je ne me rappelle pas exactement les faits, mais je sais que la malade avait été observée par des médecins très haut placés, en particulier celui du roi de Wurtemberg. Cette somnambule avait prédit la mort du roi de Wurtemberg huit mois d'avance.

M. Ferrus. M. Dechambre a-t-il essayé lui-même de produire des faits magnétiques?

M. Dechambre. J'ai fait sur ce sujet de nombreuses expériences que j'ai publiées avec détails dans la *Gazette médicale.*

M. Michéa. Depuis que la Société, abordant les névroses extraordinaires, discute la question de la catalepsie, j'ai eu l'occasion de constater un cas de cette maladie, et ces occasions, comme vous le savez, sont assez rares. C'était donc une bonne fortune. Je l'ai saisie avec empressement pour chercher à vérifier tout ce qui a été dit dans cette enceinte de plus ou moins merveilleux, de plus ou moins antiphysiologique sur cette affection, par quelques-uns d'entre nous. Voici le fait, rapporté aussi brièvement que possible, et dépouillé de tous les détails qui ne sont point indispensables.

William P..., fils d'un négociant de Paris, est âgé de dix-neuf ans. Sa constitution est assez chétive et son tempérament lymphatico-nerveux. Ses facultés intellectuelles ont toujours été peu développées. La circonférence du crâne est de 49 centimètres, le diamètre antéro-postérieur de 36 centimètres, et l'étendue du front, de la racine du nez à la naissance des cheveux, comprend 5 centimètres. Même avant d'être mis en pension, le sujet avait des habitudes d'onanisme, et ces habitudes, qui avaient résisté à tous les moyens de correction

©BIUM

imaginables, paraissent, s'il faut en croire sa famille, avoir contribué beaucoup à affaiblir le peu d'intelligence qu'il possédait.

En 1856, à la suite d'une action indélicate qu'il avait commise au préjudice d'un marchand, et sur les instances réitérées de ses parents, qui craignaient de le voir se corrompre tout à fait en restant désœuvré à Paris, il s'engagea dans un régiment d'infanterie qui tenait garnison en province. Il y resta fort peu de temps. Le colonel, frappé de son inaptitude pour tous les exercices militaires, et le voyant surtout tourné en dérision, à cause de cela, par ses camarades, lui fit accorder un congé de réforme. Dès cette époque il y avait déjà du trouble mental. Le malade se perdait dans les rues de la ville de province où son régiment tenait garnison, et un soldat fut chargé par le colonel de le ramener à Paris, au domicile de ses parents.

Ce jeune homme me fut adressé par un médecin de Paris, le docteur Guillemot, au commencement de mai de cette année. Ses facultés intellectuelles étaient notablement altérées, il offrait plusieurs genres de conceptions délirantes ; d'abord il se croyait l'objet de la surveillance et des poursuites de la police, et ensuite il s'obstinait à méconnaître la réalité de plusieurs personnes de sa famille. Quand son grand-père du côté maternel, qui avait pour lui beaucoup d'affection, venait le voir, il le prenait pour un personnage non vivant, une mécanique qui imitait parfaitement son aïeul dans sa voix, sa figure, sa taille, sa corpulence et ses mouvements. Il répondait à toutes les questions qu'on lui adressait, mais avec beaucoup de lenteur et d'hésitation. Il ne pouvait pas dire depuis combien de temps il était de retour à Paris, ni le nom de la rue dans laquelle il se trouvait.

Après être resté environ six semaines dans cet état de lypémanie, qui touchait par plusieurs points à la stupidité, il fut pris de mouvements automatiques de la tête, qu'il tournait sans cesse à droite et à gauche, pendant des heures entières ; puis peu à peu il cessa tout à fait de parler, de se mouvoir, de boire et de manger seul. Ayant par hasard soulevé un de ses bras, je m'aperçus qu'il ne retombait pas sur-le-champ et qu'il gardait très longtemps la position que je lui avais donnée. Je lui soulevai l'autre bras, et il en fut exactement de même ; je portai en arrière sa tête, qui était inclinée en avant, et elle resta aussi dans la position que je venais de lui imprimer ; j'abaissai son menton, et sa bouche demeura largement ouverte ; je fléchis les poignets sur les avant-bras, ceux-ci sur les bras ; je fléchis également tous les doigts des mains, et toutes ces parties offraient, au degré le plus évident, la persistance dans la

©BIUM

pose effectuée. On couchait le sujet et il restait dans l'attitude horizontale; on le levait, et il restait debout, tout cela pendant des heures entières et sans opérer le plus léger mouvement. En le poussant doucement, on le faisait marcher, en le poussant un peu plus fort, on lui faisait perdre son centre de gravité, et il tombait à terre sans aucun effort de résistance.

Le malade ne répondait nullement aux questions que je lui adressais, il paraissait complétement muet; il avait les yeux ouverts, fixes et très brillants, la peau très froide, le visage pâle, et, contre son habitude, la bouche béante et laissant échapper un peu de mucosité vers les commissures. La respiration était presque insensible, le pouls petit et battant 65 fois par minute. Non-seulement il fallait coucher le sujet et le lever de son lit, comme on couche et comme on lève un enfant, mais il fallait encore le faire manger. Quand on lui introduisait des aliments dans la bouche, une partie s'en échappait, et l'autre, qui s'arrêtait longtemps dans le pharynx, finissait pourtant par pénétrer dans l'œsophage.

Tous ces symptômes, qui faisaient ressembler le malade à une statue de cire, ou plutôt à un mannequin à ressorts, constituaient évidemment les signes pathognomoniques de la catalepsie; cependant, dans la crainte d'être pris pour dupe, je crus devoir recourir à quelques épreuves. Joseph Frank rapporte que, chez une femme de Londres, qui simulait la catalepsie, on découvrit la fraude, en ce que la prétendue cataleptique, au bras de laquelle on avait suspendu un poids assez lourd, continuait à maintenir son bras dans la position qu'on lui avait imprimée, ce qui n'a jamais lieu, suivant cet auteur, dans la catalepsie vraie. Je pris une des mains de William P..., je l'élevai un peu au-dessus de sa tête, et ayant fait un anneau à une ficelle qui supportait une pierre de trois kilogrammes, je passai cet anneau dans les doigts de la main ainsi élevée. Or, sous l'influence du poids de la pierre, le bras s'abaissa peu à peu, et en quelques secondes l'élévation que je lui avais donnée n'existait plus. Notre honorable et savant collègue, M. Des Étangs, nous a dit ici que M. Rayer découvrit, à l'hôpital de la Charité, la supercherie d'une autre femme soi-disant cataleptique, en disant à haute voix aux élèves qui l'entouraient : Vous savez, Messieurs, que les vrais cataleptiques se reconnaissent à un caractère qui ne trompe jamais, celui d'opposer une très grande résistance aux efforts du médecin pour étendre le petit doigt de la main fermée. Chez le sujet soumis à mon observation, j'ai usé plusieurs fois de ruses à peu près semblables, et jamais je n'ai pu mettre en défaut le symptôme pathognomonique de la catalepsie.

©BIUM

Relativement aux symptômes de la sensibilité générale ou spéciale, voici ce que j'ai constaté : Le malade faisait un léger mouvement de physionomie chaque fois que je lui enfonçais, à son insu, une aiguille dans une partie quelconque de la peau, mais cela sans pousser de cri et sans changer d'attitude. Quoiqu'il parût ne pas voir ce qui se passait autour de lui, il voyait pourtant, car ayant allumé une bougie et l'ayant approchée de ses yeux, afin de m'assurer si l'iris se contractait ou restait immobile, il rapprocha aussitôt ses paupières, porta sa tête en arrière et sortit de son état de mutisme pour dire qu'il ne voulait pas qu'on lui brûlât les yeux. L'iris, du reste, se contractait parfaitement, et il y avait clignotement des paupières chaque fois que je passais brusquement ma main devant les yeux. Quoiqu'il semblât aussi ne pas entendre, il n'était pourtant pas tout à fait insensible aux bruits extérieurs violents, car ayant fait tirer derrière lui un coup de pistolet, il eut un tressaillement manifeste.

Sans être tout à fait éteinte, la sensibilité de la muqueuse pituitaire était considérablement diminuée ; il ne faisait aucun mouvement de physionomie, ne détournait nullement la tête quand je lui plaçais sous les narines et lui laissais quelques secondes un flacon débouché d'ammoniaque concentrée, il ne portait pas la main à son nez, en un mot il ne cherchait pas à en éloigner le flacon. Seulement son visage rougissait un peu et la sécrétion lacrymale était légèrement excitée. Je lui bourrais le nez de tabac à priser, et il n'y eut jamais d'éternuement ; je lui en introduisais entre les paupières, et sauf, je le répète, une ou deux larmes qui finissaient par couler sur les joues, il ne paraissait pas en éprouver d'autres effets ; il ne fermait pas les yeux, il n'y avait aucun jeu de physionomie qui témoignât qu'il percevait quelque chose.

Le paroxysme de catalepsie dont il s'agit se prolongea avec la même intensité le jour comme la nuit, pendant près de deux mois et demi. Le malade sortit non pas tout à coup, mais peu à peu et graduellement de cet état, dans lequel l'ont vu plusieurs confrères, entre autres MM. Jolly et Guillemot. D'abord d'immobile qu'il était, il commença à marcher, à se lever, à se coucher, à manger seul ; puis, au bout de quelques jours, il proféra quelques paroles. Le symptôme qui disparut le dernier fut précisément le symptôme pathognomonique. Plusieurs semaines après que le sujet avait recouvré le mouvement, l'intelligence, les sens, la parole, ses membres gardaient encore, pendant quelques secondes, l'attitude que je leur imprimais.

Actuellement, le sujet, que je vois tous les jours, est complète-

©BIUM

ment délivré de son état cataleptique, contre lequel j'ai opposé des bains froids, des douches sur la tête et l'épine dorsale, et quelques essais d'électrisation, et cet état ne s'est pas renouvelé depuis lors. L'aliénation mentale persiste toujours, seulement elle a changé de caractère; au lieu d'être triste, le malade est devenu très gai, il chante, sa figure est épanouie, il paraît plein de satisfaction. Un autre symptôme très remarquable, qui n'existait pas avant l'accès de catalepsie, c'est une imitation continuelle du ton, de la voix, des gestes et des paroles des enfants de cinq ou six ans. Ses écrits comme ses paroles sont généralement dépourvus de cohérence, de liaison dans les idées.

J'ai mis le plus grand soin à rechercher si le cataleptique était dans les conditions de ceux dont ont parlé Pétetin, Joseph Dant, M. Duvard, et en dernier lieu notre honorable collègue M. Cerise, c'est-à-dire s'il y avait complication de somnambulisme artificiel, déplacement des sens, si l'épigastre surtout était devenu l'intermédiaire du goût, de la vue et de l'ouïe. J'ai parlé bien des fois très bas au malade, en tenant ma bouche tout près de la région épigastrique; j'ai versé sur cette région tantôt de l'eau sucrée, tantôt de l'eau tenant du sel en dissolution; j'ai mis en contact avec elle un morceau de drap rouge et un morceau de drap noir, et dans aucune de ces expériences, rien dans les paroles et rien dans les mouvements du malade ne témoignait qu'il y eût des déplacements des sens du goût, de la vue et de l'ouïe, et même que le sujet eût de l'hyperesthésie tactile à l'épigastre. Il m'a été impossible aussi de produire et de faire cesser à volonté les contractions musculaires, comme dans le cas de M. Puel.

Avais-je affaire à un cas de catalepsie sans complication de somnambulisme? Le sexe était-il pour quelque chose dans mon impuissance à produire le déplacement des sens, la catalepsie somnambulique ayant été presque exclusivement observée chez les femmes? Enfin la disposition d'esprit avec laquelle j'observais le malade et expérimentais sur lui nuisait-elle à la manifestation des phénomènes extra-physiologiques, car les magnétiseurs répètent tous les jours, d'après Paracelse, que c'est le doute qui rend les phénomènes magnétiques incertains, que la foi pleine et entière en ces phénomènes facilite beaucoup leur production? Ce sont autant de remarques que je soumets à votre interprétation, en désirant qu'elles contribuent à découvrir la vérité, toujours si difficile à apprécier dans ces sortes de matières.

M. Brierre de Boismont. J'avais demandé la parole pour des faits qui se sont passés dans mon établissement et dont M. Cerise a

©BIUM

été témoin. J'ai de plus observé un cas remarquable de catalepsie chez un malade envoyé chez moi par M. Baillarger. Je ferai de ces faits l'occasion d'une prochaine communication.

M. Delasiauve rappelle les faits cités par M. Rostan dans son article sur le magnétisme; la plupart de ces faits, dit-il, ont une grande autorité par leur nature et leur caractère propre. Je ne crois pas que nous puissions rester en dehors de l'étude de ces phénomènes mystérieux, et je me joins au vœu de M. Ferrus.

M. Ferrus. J'ai assisté aux expériences de M. Rostan et j'en ai fait moi-même, et je suis persuadé de la réalité de certains faits qu'on a contestés dans cette discussion. Il suffit, pour une étude comme celle que je propose, de prendre un savoyard au coin de la borne et d'entreprendre une série d'expériences avec une volonté ferme et persévérante.

M. Des Étangs observe que l'opinion de M. Rostan paraît s'être modifiée depuis la publication de son article sur le magnétisme, qu'il a même supprimé dans la seconde édition du Dictionnaire.

La séance est levée à six heures.

Séance du 14 décembre 1857.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

La correspondance comprend :

Une observation manuscrite de folie ambitieuse (monomanie d'Esquirol) consécutive à une blessure de la tête, par M. le docteur Dagonet, médecin en chef de l'asile de Stéphansfeld.

Deux mémoires imprimés du même auteur, l'un ayant pour titre : *Étude statistique sur l'aliénation mentale dans le département du Bas-Rhin;* l'autre : *Rapport médical sur l'asile de Stéphansfeld pour l'année* 1855, par M. le docteur Dagonet.

Un mémoire intitulé *Sulla pazzia studj psicologici et patologici*, par M. Giuseppe Girolami, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Pesaro.

M. Brierre de Boismont fait la communication suivante :

Quelques observations sur le magnétisme.

On s'est étonné qu'un médecin observateur ait osé, dans un ouvrage scientifique, parler du magnétisme et du somnambulisme. Il me semble, au contraire, que c'est au médecin qu'appartient l'examen de ces faits. Devais-je reculer, s'il y avait du vrai dans ces phénomènes nerveux, parce que l'exagération, la mauvaise foi, le ridicule, la crédulité, le fanatisme, les avaient dénaturés.

©BIUM

On ne peut se dissimuler que ce ne soit un état fort singulier que celui qu'on obtient en faisant cesser l'action des sens et de la volonté chez l'homme, en l'isolant complétement du monde extérieur, et en le concentrant en lui-même, tandis qu'il reste soumis à l'influence de l'expérimentateur. Mais si des faits constatés par d'honorables médecins mettent hors de doute l'existence du magnétisme et du somnambulisme, il faut aussi reconnaître qu'un nombre considérable de personnes sont réfractaires à l'expérimentation qui n'a d'ailleurs rien de régulier, réussissant un jour, manquant le lendemain. Nous devons, en outre, déclarer que nous n'avons jamais été témoin de la lucidité parfaite, de la transposition des sens, de la vision à travers les corps opaques et à distance, malgré notre bonne volonté à assister aux séances où nous avons été invité.

Ces réserves faites, nous n'hésitons pas à dire qu'il y a dans l'organisme un agent d'une force inconnue, à l'aide duquel on obtient des résultats remarquables, c'est l'influence ou plutôt la puissance de la volonté de l'homme sur l'homme. Elle ne s'exerce pas seulement par la parole, le geste, le regard, mais encore par le toucher. Une pression, un contact des mains, produisent souvent dans les maladies nerveuses une amélioration marquée, un changement instantané. Il est évident que ce genre de remède dépend du mode de sensibilité du médecin, de l'impressionnabilité ou plutôt du mode de réceptivité du client. Il n'y a pas ici de préceptes à formuler, tout dépend de l'idiosyncrasie; et un homme très savant qui ne saura ou ne pourra s'imposer, échouera complétement dans ce genre d'expérimentation, et probablement même ne le comprendra pas. L'imagination, sans doute, a une grande part dans ces résultats; je ne crains pas d'affirmer qu'elle est loin de les expliquer tous.

Cette influence toute puissante de l'homme sur l'homme a été reconnue par des savants illustres. D'après M. de Humboldt, le fluide nerveux peut étendre autour de l'homme son activité à la manière des corps électrisés. Cuvier admettait une communication certaine entre le système nerveux de deux individus. En cherchant la cause imaginaire du magnétisme animal, dit Arago, on a constaté le pouvoir réel que l'homme peut exercer sur l'homme, sans l'intermédiaire immédiat et démontré d'aucun agent physique.

Ces préliminaires posés, nous allons passer en revue quelques-unes des observations que nous avons recueillies.

Hystérie, extase, crises convulsives, avec trouble momentané de la raison.

Mademoiselle Caroline... a dix-sept ans, elle est d'un tempéra-

©BIUM

ment lymphatique sanguin avec prédominance du système nerveux. Son intelligence est développée et cultivée ; elle a de la finesse et une instruction variée ; sa tante a eu, pendant vingt-cinq ans, des accidents nerveux présentant de l'analogie avec ceux de cette jeune demoiselle ; sa sœur a été atteinte du même mal pendant deux ans ; elle a une cousine qui offre des phénomènes semblables. Cette jeune demoiselle ne connaît pas de cause à laquelle elle puisse rattacher les souffrances qu'elle éprouve. Il y a trois ans, elle fut prise tout à coup, d'une douleur dans le trajet du muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche ; cette douleur, d'un caractère intermittent, s'est reproduite trois fois aux mêmes époques. A la souffrance de la région mastoïdienne a succédé une toux convulsive qui, après avoir persisté quelque temps, a été remplacée par une aphonie subite. C'est à la suite de ce dernier accident que se sont montrées les crises dont elle souffre maintenant. Elle en a eu vingt-sept qui ont été suivies d'une amélioration marquée. Au mois de mai de cette année, elles sont revenues et ne l'ont plus quittée. Ces crises, au dire des parents et de la malade, sont de deux espèces par rapport à l'intensité. Cette malade a offert une particularité que nous avons constatée plusieurs fois chez les femmes hystériques à phénomènes extatiques, cataleptiques, etc., je veux parler de l'abstinence plus ou moins prolongée. A diverses reprises, elle a refusé les aliments, et quelque temps avant son entrée, elle a été trois semaines sans manger, prenant à peine quelques cuillerées de potage, et dans les dix derniers jours se contentant de cuillerées d'eau. Malgré la prolongation de ce jeûne, sa figure et sa constitution ne nous ont pas paru sensiblement altérées.

Dès son entrée dans la maison, mademoiselle C... a présenté les symptômes suivants : à six heures et demie du matin, elle a cessé de parler, s'est couchée sur le côté gauche, en raison de la douleur du cou, en poussant presque continuellement un petit gémissement qui consistait en *hou-hou* répétés. Dans cet état, elle était pelotonnée sur elle-même ; ses yeux fixes ou renversés en haut n'étaient impressionnés par l'approche rapide d'aucun corps ; la pupille, de grandeur naturelle ne se dilatait ni ne se contractait pas. Par moments, la malade avait des mouvements convulsifs et bondissait sur son lit. Elle ne répondait pas quand on lui adressait la parole, et ne faisait aucun mouvement lorsqu'on entrait dans sa chambre et qu'elle n'était pas agitée ; mais quelque légèrement qu'on la touchât, à l'instant même elle sautait comme si elle avait reçu une décharge électrique, et jetait des cris rauques, inarticulés. Si l'on continuait à la toucher, elle était prise de convulsions violentes, pendant les-

©BIUM

quelles elle exécutait les mouvements les plus rapides et les plus variés. Quand elle sortait de cet état, ce qui arrivait brusquement, elle souriait, prenait son ouvrage, un livre, faisait son repas, ne se plaignait d'aucune douleur, et ne se rappelait rien de ce qui lui était arrivé. Cette crise, qu'on aurait pu appeler le petit mal, se prolongeait environ trois à quatre heures, avec des alternatives de rechute et de retour à l'état normal. Dans l'intervalle de ses crises, elle restait souvent immobile, les yeux fixes, tournés vers le ciel, le sourire sur les lèvres, murmurant des mots inintelligibles ou paraissant plongée dans une sorte de béatitude.

Les crises de l'après-midi, qui commençaient en général vers deux à trois heures et duraient jusqu'à cinq ou six heures, quelquefois plus, quelquefois moins, étaient beaucoup plus intenses et avaient une grande analogie avec celles des convulsionnaires de Saint-Médard. Après plusieurs bonds très élevés sur son lit, elle jetait ses jambes en avant sur le bord du lit, comme si elle eût voulu tâter le terrain, et se précipitait avec la vivacité du singe sur le tapis de son appartement; là, comme ces joujoux à ressort que la plus légère pression fait sauter dans tous les sens, elle exécutait des bonds prodigieux sur les coudes, les genoux, en haut, en arrière, en avant, si prestes, si brusques, qu'on aurait pu être blessé si l'on s'était trouvé en contact avec elle. Dans une de ces évolutions, elle se frappa avec une telle violence contre une barre de bois, qu'elle en fut contusionnée; en reprenant sa connaissance, elle n'en avait aucun souvenir. Pendant ces agitations convulsives multipliées, elle ne se découvrait jamais, quoiqu'elle n'eût pour tout vêtement qu'une chemise de toile longue, dont même elle déchirait souvent les extrémités. Si pendant ces accès, la porte de sa chambre venait à s'ouvrir, elle cherchait à s'enfuir, en rampant comme une couleuvre. Lorsque ces bonds avaient persisté quelque temps, elle s'accroupissait à l'imitation des tailleurs, en renversant avec force la tête en arrière pour respirer plus largement. L'inspiration était longue, sifflante et répétée. Par moments, elle s'écriait : *que je souffre*; tantôt elle pleurait, tantôt elle poussait des cris, des gémissements, de véritables hurlements. Quand les mouvements convulsifs s'arrêtaient, elle se parlait à elle-même; le plus ordinairement, elle commençait ses discours par des mots grossiers, puis elle se répandait en injures contre les médecins qui l'avaient soignée, leur attribuant tous ses maux, et elle terminait ses imprécations par les mêmes mots grossiers. Parfois ses monologues roulaient sur sa famille, ses souvenirs d'enfance, ou bien elle se moquait de tout, ne semblait croire à rien.

©BIUM

Les crises avaient lieu soit en présence de sa domestique ou d'autres personnes de la maison, soit pendant qu'elle était seule, ce qui avait souvent lieu d'après nos ordres; maintes fois, nous l'avons alors observée à travers une ouverture de sa porte, c'était la même répétition de mouvements convulsifs, de poses extatiques: des mesures de précaution et une surveillance continuelle ont empêché les accidents. Les crises étaient plus ou moins répétées. Un jour, nous en avons compté treize; le plus souvent, la connaissance revenait aussitôt l'accès terminé. La jeune malade n'accusait ni douleur, ni fatigue; sa figure, très changée dans l'accès, reprenait instantanément son air doux et souriant, et fréquemment elle continuait la conversation au point où elle l'avait laissée. Plus les crises étaient fortes, plus l'appétit était vif; la menstruation se faisait bien.

L'intérêt qui s'attachait à l'observation de cette malade m'engagea à en faire part au comité de l'*Union médicale* et plusieurs de ses membres, MM. Sandras, Cerise, Foissac, Fauconneau-Dufresne, voulurent bien se rendre à mon invitation.

Lorsque notre regrettable confrère, Sandras, vint voir mademoiselle C... qui ne fut prévenue de la visite de ces messieurs qu'au moment même, elle était dans son état naturel; elle lui donna des renseignements fort étendus sur ses antécédents; en parlant, elle continuait son travail à l'aiguille; tout à coup sa tête s'inclina sur sa poitrine; elle resta quelques secondes dans cette position, puis elle se releva brusquement, se renversa en arrière, en ouvrant grandement la bouche. Elle était alors évidemment dans un état extatique, n'entendait rien, ne voyait rien, ce dont M. Sandras s'assura avec sa prudence bien connue, à l'aide d'aiguilles, de plumes, d'ammoniaque, etc., mais sans la toucher avec la main. Deux minutes après, mademoiselle C... revint à elle très rapidement et recommença à parler, comme si elle eût été complétement étrangère à ce qui venait de se passer. Ces crises extatiques se renouvelèrent un grand nombre de fois. Sandras lui ayant fait, dans les moments de calme, quelques questions sur ses facultés, elle répondit que sa mémoire n'avait souffert aucune atteinte et que son esprit était tout aussi développé qu'avant sa maladie. Cette jeune demoiselle, élevée par des parents respectables qu'affligent les souffrances de leur fille, est d'un caractère modeste; il suffit de la voir pour être persuadé qu'elle ne cherche pas à se rendre intéressante. Son état la tourmente et elle nous demandait si elle serait bientôt guérie, et quand, surtout, elle pourrait marcher, car à son entrée dans la maison, il y avait plus de cinq mois que la station debout était impossible, obligée qu'elle était de rester couchée ou de bondir sur son tapis.

©BIUM

Nous avons dit que la sensibilité cutanée s'exagérait au contact de la main. Sandras désirant s'en assurer, la toucha au front, au cou ; presque aussitôt les convulsions commencèrent, accompagnées des gémissements et des mots grossiers habituels. La simple interposition de l'extrémité du doigt produisait le même résultat, dans quelque lieu qu'il fût appliqué. L'expérience fut poussée beaucoup plus loin, pendant que je causais avec la malade, Sandras approcha à diverses reprises le bout des doigts de la partie postérieure du cou, à une distance de cinq à six pouces; chaque fois, il y eut des soubresauts et des bonds convulsifs, lors même que la malade était tranquille. Cette jeune demoiselle nous déclara qu'en ce moment elle croyait sentir une commotion électrique; elle était avertie de l'approche de ses crises par une sensation indéfinissable qui n'était ni une douleur ni un malaise; elle pouvait même annoncer quand elles commenceraient, mais le mal venu, elle ne conservait aucun souvenir de ce qui s'était passé pendant sa durée. Sandras fut d'opinion qu'il y avait là un élément morbide qui devait être rapporté à cet état hystérique protéiforme d'où surgissent les phénomènes extatiques, cataleptiques, somnambuliques.

A la visite de M. Cerise, mademoiselle C... se trouvait également dans son état normal. Bientôt après, elle eut ses petites extases; M. Cerise ayant profité de cette disposition pour faire des passes magnétiques, il se produisit sur-le-champ des secousses électriques et une insensibilité complète pour le monde extérieur. Les crises, sous cette influence, devinrent très violentes, la malade bondit de son lit sur le tapis, se roula en tous sens et se souleva en l'air plusieurs fois, en faisant entendre un sifflement prolongé; tour à tour elle éclatait en sanglots ou pouffait de rire. Ces symptômes étaient remplacés par la toux convulsive fatigante des hystériques. Après avoir duré une demi-heure, ces accidents cessèrent, et mademoiselle C... tomba dans une extase qui était une imitation remarquable de la figure séraphique de sainte Thérèse. M. Cerise et moi nous nous regardâmes au même moment, notre pensée avait été la même : quelle impression cette forme plastique ne devait-elle pas produire sur la multitude qui entourait le tombeau du diacre Pâris ! ! Pendant qu'elle était dans cette immobilité, M. Cerise recommença les passes magnétiques, les convulsions se réveillèrent avec la même énergie ; voulant donner plus de force à cette expérience, il attendit que les spasmes fussent calmés, et se plaçant derrière la malade dans un lieu peu éclairé et sans glace, il imposa de nouveau les mains, à l'improviste, sans bruit, répéta plusieurs fois cette manœuvre à des intervalles inégaux ; quelquefois il se bornait à étendre les doigts ;

©BIUM

chaque expérience était invariablement suivie de mouvements convulsifs, de soubresauts, de bonds; abandonnant l'imposition des mains, notre confrère regarda la malade mentalement, dans la même position en arrière, les secousses recommencèrent à trois reprises différentes, à l'instant même où sa volonté commandait à celle de la malade. Ce ne fut qu'après l'accomplissement de ces faits que M. Cerise m'en fit part. Tout s'était passé dans le plus grand silence. Pendant que mademoiselle C... était dans cet état d'insensibilité apparent, nous lui adressâmes plusieurs fois la parole, elle ne répondit pas; ce fait avait été constaté dans toutes les autres expériences.

Vers la fin de cet examen, au milieu du plus grand silence, elle prononça un *non* dont l'intonation et l'expression indiquaient de la manière la plus certaine une réponse à quelque chose qui se passait dans le cerveau, selon toutes les probabilités, un de ces rêves profonds dont l'homme paraît saisir parfois des parties pleines d'intérêt, mais qui ne laissent aucun souvenir au réveil. Bientôt mademoiselle C... parla plus distinctement des princes de la science, de l'inutilité d'une consultation qu'on voulait faire; elle annonça que sa maladie cesserait d'elle-même.

M. Cerise, à l'aide des passes et même par la seule action mentale, avait déterminé chez cette jeune personne des phénomènes extatiques, des convulsions; il voulut se servir de ce moyen pour la faire parler, lui donner des ordres; mais elle se montra rebelle à sa volonté, et il fut impossible d'en rien tirer. Il importe toutefois de faire remarquer qu'il n'y a eu qu'une séance. Nous quittâmes la chambre, mademoiselle C... recouvra sa connaissance; notre retour la rendit de nouveau immobile. Nous prîmes congé d'elle, elle se mit presque immédiatement au travail. La fatigue de ces deux séances, un sentiment de discrétion, empêchèrent MM. Foissac et Fauconneau-Dufresne, qui arrivèrent après le départ de leurs confrères, d'examiner de nouveau cette intéressante malade.

Cette jeune demoiselle nous a quitté au bout d'un mois, sans qu'une amélioration se fût manifestée dans sa position; elle était toujours, ou couchée, ou sur son tapis et ne pouvait marcher; elle est allée à la campagne avec sa famille.

— L'observation suivante, qui a été suivie par nous pendant plusieurs années, rentre également dans la catégorie des faits que nous étudions.

Mademoiselle Marie, âgée de vingt-huit ans, lymphatico-nerveuse, très romanesque, fut placée, il y a quelques années, dans mon établissement par un médecin de mes amis qui s'était intéressé

©BIUM

à sa position malheureuse. Lorsqu'il me l'amena, il y avait un grand état d'amaigrissement et de faiblesse, dû sans doute à l'abstinence ou plutôt à l'impossibilité de manger qui existait depuis plus d'un mois; à peine pouvait-elle avaler quelques cuillerées de bouillon et un peu d'eau pure ou sucrée. Cette impossibilité de prendre des aliments se prolongea dans l'établissement près d'une quinzaine.

Nous ne dirons rien de cette variété d'états nerveux par lesquels la malade avait passé avant son entrée, pour nous borner aux phénomènes qu'elle a présentés pendant les quelques années qu'elle est restée dans la maison. Cette dame était sujette à des espèces de crises épileptiformes dans lesquelles elle perdait connaissance, tombait, mais rarement; ses paupières, ses lèvres étaient agitées de mouvements convulsifs très rapides, que les personnes de la maison avaient appelés des *dig-dig*. Les yeux se tournaient en haut et devenaient fixes; la langue était de temps à autre mordue et il y avait salivation; le corps participait à cette vive agitation, mais on n'observait ni gonflement, ni coloration bleuâtre, ni contraction des extrémités. La peau était insensible, la respiration normale, le pouls tantôt petit, tantôt fréquent. La malade restait le plus ordinairement dans la position où elle se trouvait. Quand l'accès la prenait en route, elle continuait sa marche droit devant elle, le regard fixe, et se serait heurtée contre les obstacles, mais elle se laissait conduire, et n'était d'ailleurs jamais seule.

Pendant les accès, dont la durée variait de deux à dix minutes, un peu plus, un peu moins, et pouvait se prolonger quelquefois une heure, elle se parlait à elle-même et répétait d'un ton enfantin, mais avec des expressions plus colorées, plus animées que celles dont elle se servait dans la conversation ordinaire, tout ce qu'elle avait entendu, ce qu'elle savait, ce qu'elle avait remarqué, et ces révélations soudaines auraient fait plus d'une blessure, si elles n'avaient pas eu lieu dans un cercle d'amis. Lorsqu'on lui adressait la parole, elle ne répondait pas; si l'on insistait et si on lui tenait des propos en rapport avec ses habitudes et les idées du moment, elle entrait en communication avec ses interlocuteurs en mettant tous les mots au féminin, à la troisième personne, ses paroles avaient alors souvent une désinvolture qui n'était ni dans son tempérament, ni du moins dans ses mœurs. C'était la reproduction d'un fait hystérique que nous avons noté chez les religieuses et les jeunes personnes aliénées, dont les antécédents étaient sans reproche. Lorsqu'elle se trouvait dans cette période, sa figure avait toute l'expression des extatiques.

Ces communications qui s'établissent entre les spectateurs et les

©BIUM

hystériques extatiques ont été notées à diverses reprises, et dans l'*Union médicale* du 14 janvier 1854, le docteur Busquet cite l'exemple d'une jeune femme de vingt-six ans, plongée dans une insensibilité complète, se parlant à elle-même, qui recommanda d'aller brûler plusieurs objets dans un autre endroit que celui qu'on venait de nommer.

Notre jeune malade a décrit à diverses reprises ce que faisaient les habitants de la maison à des distances très grandes dans Paris. Un jour, entre autres, elle s'écria : Voici M. Charles..... qui entre dans un café, il parle avec une personne, et s'asseoit pour prendre un rafraîchissement. Ces faits furent vérifiés. Ce phénomène, qui n'est jamais sorti du cercle des choses ordinaires et qu'on pouvait expliquer par des réminiscences, s'est produit dans les grandes exaltations et n'a eu lieu qu'un très petit nombre de fois. Quand la crise était pour finir, elle poussait un petit cri aigu, semblait s'éveiller d'un songe, et éprouvait une sensation comme si elle venait de tomber dans un précipice.

Revenue à elle-même, elle oubliait ce qui s'était passé, ainsi que les plaisanteries de ses compagnes ; souvent elle reprenait la conversation au point où elle l'avait laissée. Dans ces crises, nous l'avons entendue plusieurs fois continuer le monologue de la crise précédente. Cette dame ne paraissait conserver aucune impression pénible de son état, surtout quand les crises étaient courtes et peu rapprochées.

Plusieurs fois, elle a eu des hallucinations de figures étranges ; elle conversait avec ces personnages invisibles, comme s'ils eussent été réellement présents, leur manifestant ses inquiétudes, ses terreurs, ses préoccupations : cet état, qui date de plusieurs années et remonte même jusqu'à sa première jeunesse, n'a produit aucun trouble des facultés intellectuelles, qui sont, au contraire, très convenablement développées.

L'état de susceptibilité nerveuse de cette jeune dame paraissant favorable aux expériences magnétiques, elle fut soumise aux passes usitées en pareille occasion. L'immobilité, l'insensibilité, furent facilement obtenues, mais presque aussitôt les crises nerveuses se déclarèrent et leurs suites se montrèrent plus pénibles. On pouvait provoquer la conversation, causer avec la malade ; ses réponses, ses discours, ne différaient pas de ce qui avait lieu dans les crises ordinaires ; mais comme il y avait aggravation des symptômes, on renonça au magnétisme qui n'avait d'ailleurs jeté aucune lumière sur la maladie et fait connaître aucun traitement rationnel. Au reste, il suffisait de regarder cette dame avec une certaine fixité pour qu'elle

©BIUM

éprouvât des accès. Au bout de quelques années, un mieux sensible s'est manifesté dans son état, elle a pu rentrer dans le monde, quoiqu'elle retombe de temps à autre sous l'empire de son mal.

Les entretiens qui avaient lieu pendant la crise extatique amenaient des remarques piquantes sur le caractère, les actes de la vie; des personnes présentes ou absentes, mettaient en relief leurs travers, leurs défauts, certaines particularités intimes; mais lorsque la malignité voulait aller plus loin, la malade se débattait, disait que c'était mal, qu'elle ne le ferait pas, et jamais on n'a pu obtenir le récit de ces événements plus ou moins compromettants qui arrivent si souvent dans la société.

Quelques magnétisés n'ont pas ce pouvoir, et l'indiscrétion en pareil cas peut alors être dangereuse. Nous tenons du professeur Blandin le récit d'une séance où il avait été sur le point de jouer un rôle désagréable. Se trouvant dans une réunion de ses clientes, l'une d'elles le pria d'endormir une de ses amies, très propre aux expériences du magnétisme. Sa tentative eut un plein succès; la jeune dame tomba très rapidement dans le sommeil magnétique. Les premières demandes que lui adressa Blandin obtinrent de promptes réponses. La curiosité s'animant, les questions devinrent plus délicates, et à diverses reprises les spectateurs de cette scène cachèrent leur surprise sous un sourire. Enfin, un argument personnel fut mis en avant; après une certaine hésitation, beaucoup de rougeur et d'embarras, la jeune dame dit : Mon dieu ! *j'ai aimé* monsieur..... Le médecin ne lui permit pas d'achever, et il la réveilla au moment où arrivait un proche parent, qui demanda si l'expérience avait réussi. J'ai été tellement ému, nous dit notre confrère, que j'ai bien juré de ne plus me prêter à une manœuvre que j'avais regardée comme un badinage.

Nous ne dirons rien des nombreuses réunions de magnétisme et de somnambulisme auxquelles nous avons assisté, parce que les scènes dont nous étions les témoins, quoique présentant des phénomènes insolites, étaient toujours les mêmes et n'avaient pas les caractères propres à porter la conviction dans notre esprit. Au reste, même dans ces conditions, la lecture instantanée, sans hésitation, les yeux couverts d'un bandeau; la transposition des sens, la vue à distance, etc., ne sont jamais sorties triomphantes devant nous de leurs épreuves.

Les diverses observations dont nous venons de donner communication nous paraissent de nature à faire accueillir favorablement l'opinion que les faits d'insensibilité, de sommeil magnétique, de communication mentale, lorsqu'ils sont authentiques, rentrent dans

©BIUM

le domaine de cette force nerveuse provoquée ou spontanément développée, dont les observateurs consciencieux ont constaté les effets.

Cabanis, que certes on n'accusera pas de crédulité, affirme avoir vu, sous son influence, se manifester des facultés intellectuelles qui n'avaient pas existé jusqu'alors, des femmes offrir tous les caractères d'excellentes pythonisses et prévoir dans leurs paroxysmes certaines crises ou d'autres modifications organiques.

Arétée, l'un des plus grands médecins de l'antiquité, n'a-t-il pas écrit qu'il y a des malades qui annoncent les choses *futures* aux personnes *présentes*? Le retour de la raison, dans les derniers moments de l'existence, après de longues années de folie, n'est-il pas une autre preuve des transformations profondes de cette puissance nerveuse ?

Comment, d'ailleurs, vouloir limiter dans le cercle actuel de la physiologie cette force inconnue, lorsque la science physiologique elle-même est encore entourée de si grandes obscurités?

Il y a toutefois une remarque capitale à présenter sur les faits de magnétisme et de somnambulisme vus par nous. Ils n'ont rien de régulier, peuvent manquer tout à coup chez les individus qui les avaient présentés, ne s'observent qu'à des intervalles inégaux, et le plus ordinairement chez un petit nombre de personnes délicates, nerveuses, très impressionnables, souvent maladives; c'est, du moins, ce que nous avons noté dans les cas soumis à notre examen. Aussi croyons-nous être dans le vrai, en disant : il y a des faits curieux sur ces deux états nerveux ; il n'y a pas de doctrine et il faut continuer à recueillir des observations bien faites pour fixer dans un avenir plus ou moins éloigné la place que cette étude doit occuper parmi les connaissances scientifiques.

M. Alfred Maury. La communication intéressante de M. Brierre de Boismont me fournit l'occasion de présenter ici quelques détails historiques. On trouve dans les chroniques du moyen âge un assez grand nombre de faits merveilleux. Cependant il est à remarquer qu'au milieu de ce grand nombre de faits, il y en a très peu qui paraissent avoir quelque rapport avec ce qu'on rapporte du magnétisme animal. A une époque de très grande crédulité, on n'aurait pas manqué de relater des faits de ce genre, par exemple, la transmission de la pensée et la transposition des sens. Dans l'*Histoire des Francs*, de Grégoire de Tours, il est fait mention d'une femme ayant un esprit de Python, et qui devinait les objets volés ou cachés et savait ce qui se passait à distance. Il y a quelques autres récits analogues dans les chroniques postérieures. Je vois dans la rareté de

©BIUM

pareilles relations, à une époque où l'on admettait si facilement l'intervention du merveilleux dans les choses humaines, un indice en faveur de l'incertitude des phénomènes de mesmérisme qu'on allègue aujourd'hui en grand nombre.

Je me suis mis en rapport avec plusieurs somnambules, j'ai observé que l'état où elles paraissaient se trouver, et dont je ne nie pas absolument la réalité, offre beaucoup d'analogie avec l'état de rêve. Rien ne ressemble plus aux hallucinations du songe que les descriptions faites par les personnes en état de somnambulisme. Une personne magnétisée devant moi et conduite par la pensée à Constantine, en décrivit minutieusement tout l'aspect. Nous étions là plusieurs qui connaissions Constantine, et nous constatâmes que la description n'était rien moins qu'exacte; mais cette description se rapportait assez bien à Cadix, dont une vue gravée se trouvait dans une chambre voisine. Dans le rêve, vous vous représentez souvent une personne et vous lui donnez les traits d'une autre; une confusion pareille peut se produire dans l'état de somnambulisme. En somme, je crois que les faits généraux observés chez les somnambules n'ont aucun caractère démonstratif, et quant aux faits particuliers, ils sont presque toujours erronés. Il y a là un indice de la non-réalité des phénomènes extraordinaires. Je dirai de plus qu'on prend bien souvent pour des réalités les rêves ou hallucinations qui se produisent pendant l'état somnambulique, et en interprétant ces visions, comme les devins interprétaient jadis les songes, on s'imagine reconnaître des faits de prévision, de vue à distance, de communication de pensées.

M. Peisse ne trouve pas tout à fait exacte l'observation de M. Maury; il est vrai que, parmi les nombreux récits de choses merveilleuses disséminées dans les chroniques du moyen âge, il n'y a rien qui reproduise complétement ce qu'on a raconté du magnétisme depuis cinquante ans; cependant les magnétiseurs qui ont fait des recherches à cet égard ont cité un certain nombre de particularités qui s'en rapprochent.

M. Alfred Maury. Mon assertion ne s'éloigne pas beaucoup de celle de M. Peisse; j'ai publié moi-même, dans un travail *Sur les stigmatisés*, le récit de phénomènes analogues aux faits d'hystérie. Je me suis borné à dire qu'on ne trouve dans nos anciennes chroniques qu'un très petit nombre de faits qui se rapprochent de ce qu'il y a de plus merveilleux dans le somnambulisme artificiel.

M. Peisse. Cela d'ailleurs importe peu à la question; il suffirait qu'on eût observé quelques-uns de ces phénomènes; chacun sait qu'autour du baquet de Mesmer, les phénomènes du somnambulisme

©BIUM

étaient à peu près inconnus. C'est M. de Puységur qui, le premier, les observa sur un paysan nommé Victor, chez qui ces phénomènes se produisirent spontanément. M. de Puységur fut amené ainsi à les étudier sur d'autres sujets magnétisés. L'attention étant alors éveillée sur ces faits, ils furent recherchés avec plus de soin.

M. Belhomme. Personne ne doute qu'il n'y ait un somnambulisme naturel et qu'on puisse provoquer un somnambulisme artificiel. Dans le cours que j'ai fait à l'Athénée, je parlai à mes auditeurs du somnambulisme naturel et du magnétisme. A cette époque (1842), j'avais dans mon établissement un jeune homme affecté d'une maladie nerveuse extraordinaire, accompagnée parfois d'un sommeil magnétique. Je dis qu'on pourrait peut-être le guérir par le magnétisme. Un jeune homme, présent au cours, se proposa de lui appliquer ce moyen ; j'y consentis, et je vous rapporterai, dans la séance prochaine, les détails de ce fait intéressant, terminé par la guérison.

En 1821, j'étais interne à Bicêtre, en même temps que Blandin ; je fus frappé des expériences qu'il fit alors sur plusieurs malades, dans le service de M. Honoré. Un malade dormait peu, malgré l'emploi des opiacés, et Blandin l'ayant magnétisé plusieurs fois, le faisait dormir tous les soirs et toute la nuit. Un rachitique, qui séjournait depuis longtemps dans la salle, recevait un effet magnétique extraordinaire ; lorsque Blandin entrait dans la salle, il s'endormait à l'instant.

Tous ces faits, y compris celui que je rapporterai à la première séance, et dont MM. Cerise, Baillarger et Boullard ont été témoins, semblent prouver que le magnétisme, entre les mains des médecins seulement, peut avoir une efficacité incontestable.

M. Ferrus. J'ai entendu avec satisfaction notre honorable collègue, M. Maury, déclarer qu'on ne saurait apporter, dans de telles questions, une trop grande réserve. Ce sont précisément les hommes ayant expérimenté par eux-mêmes, qui désirent la réserve et la réclament, bien certains que c'est le seul moyen de tirer des épreuves poursuivies une part de vérité sérieuse et incontestée. On ne saurait s'occuper du magnétisme et des réalités qu'il peut renfermer sans faire un appel positif à l'expérience ; M. Dechambre ne pourra s'éclairer entièrement que par l'expérimentation personnelle. Nous demandons, quant à nous, non la discussion, mais la vérification des faits. C'est dans les phénomènes produits et obtenus directement qu'il faut chercher les motifs de sa confiance et les éléments de sa conviction ; c'est là où nous les avons pratiquement puisés. J'engage mes confrères, quel que doive être le résultat, à les demander à la même source.

©BIUM

M. Archambault. Plusieurs observations de *névroses extraordinaires* ont été communiquées à la Société par quelques-uns de nos collègues. Je pense qu'il y aurait à préciser maintenant les points à discuter, à réunir d'abord et à rapprocher ce qui a particulièrement caractérisé ce que chacune des observations a présenté ou paru présenter d'*extraordinaire*. Aucun de nous ne peut mettre en suspicion la bonne foi des observateurs, mais nous avons le droit, et ici le devoir, de rechercher si les faits extraordinaires qui nous ont été apportés ont été observés ou expérimentés avec toute la rigueur nécessaire pour mettre à l'abri de l'erreur, et si, le fait une fois acquis, l'induction et l'explication ont été légitimes. Un fait ne devient scientifique que lorsqu'il peut être reproduit. Nous aurions donc à examiner, à discuter les conditions particulières dans lesquelles étaient placés les sujets vraiment extraordinaires de quelques-unes des observations, qui ont présenté, les uns, la faculté de voir ou d'entendre sans intervention des sens spéciaux de la vue et de l'ouïe, les autres, la faculté de recevoir l'influence de la volonté *mentalement exprimée* par l'observateur, sans intermédiaire de la parole ou des signes.....

M. Cerise. La proposition de M. Archambault soulève tout un ordre de considérations étrangères à la discussion actuelle.

M. Ferrus. La question des névroses extraordinaires a conduit à ceci, c'est qu'il y a lieu de vérifier certains faits; il ne faut pas prendre un rôle plus commode que le nôtre.

M. Baillarger demande la permission de communiquer un fait que doivent se rappeler aussi M. Moreau et M. Archambault. Esquirol donnait des soins à un enfant atteint d'idiotie; le hasard fit un jour découvrir que cet enfant lisait pour ainsi dire dans la pensée de son précepteur. On disait à celui-ci un nom propre, en tenant l'enfant éloigné, et cet enfant pouvait répéter ce mot alors que toutes les précautions avaient été prises pour qu'il n'eût rien entendu. J'ai fait moi-même cette expérience. Le précepteur lut un nom sur une carte de visites, et l'enfant répéta ce nom. J'ai vu même le jeune malade répéter une phrase entière, lue avant par le précepteur. Tout cela paraissait très extraordinaire et vraiment merveilleux; cependant une explication est plus tard intervenue. L'enfant prononçait mal, le précepteur était obligé de le stimuler, et à son insu il articulait sans bruit le nom demandé. Ce nom, l'enfant le lisait sur les lèvres, comme le font les sourds et muets. Il en était arrivé là en tenant sans cesse les yeux fixés sur la figure de son précepteur, pour saisir le plus vite possible ses impressions et éviter des corrections qui, on le croit du moins, lui avaient été souvent infligées. Plus tard le précepteur parvenait à faire écrire à

©BIUM

l'enfant le mot qu'il voulait, sans rien dire et à l'aide de mouvements si légers qu'il fallait être prévenu pour s'en apercevoir.

M. Peisse revient sur ces prestiges, dits *de seconde vue*, qui se font un peu partout aujourd'hui; dans ces expériences, c'est, comme on sait, une manière de poser la question qui détermine la réponse. La rapidité, la sûreté avec lesquelles s'échangent les demandes et les réponses est véritablement surprenante; elles supposent dans l'interrogateur et le *voyant* une présence d'esprit, une prestesse de mémoire, une promptitude de perception et de combinaison qui sont, psychologiquement, très dignes d'attention. Il a vu, sur une place publique, un enfant de douze ans, placé à dix ou quinze pas, le dos tourné, les yeux bandés, énoncer, sur trois ou quatre questions fort courtes de l'interrogateur, le nombre, l'espèce, les millésimes, l'effigie de cinq ou six pièces de monnaie qu'il venait de tirer de sa poche, et sur lesquelles le questionneur avait à peine jeté les yeux. Or, bien que la manière dont ce tour est exécuté soit décrite et enseignée dans de petits livres que chacun peut se procurer, la difficulté pratique en est, dans quelques cas, si grande, qu'on en conçoit difficilement la possibilité, et que sa réalisation produit un effet renversant. Ces faits sont donc très intéressants au point de vue psychologique, ils peuvent en outre servir à nous édifier sur la véritable signification de certains faits dits magnétiques ou somnambuliques, présentés comme des *prodiges* réfractaires à toute explication naturelle, et dont la réalisation exclut, dit-on, absolument toute idée de supercherie, d'escamotage ou de simulation possibles; ils montrent que les limites de la possibilité, en ce genre, sont loin d'être connues du commun des observateurs, et doivent nous rendre extrêmement défiants à l'endroit de tous les faits de l'ordre merveilleux, surnaturel, occulte, magnétique ou autres. La défiance est, dans la science comme dans les affaires, la mère de la sûreté.

Encore un mot sur la proposition d'une enquête expérimentale des faits somnambuliques. J'ai déjà dit et je répète que ce projet n'est pas exécutable. La Société ne pourrait se livrer à cet examen que par l'intermédiaire d'une commission. Or, en supposant que cette commission pût se procurer des sujets d'expériences (ce qui n'est pas aisé à moins qu'on ne s'adresse et ne se livre aux magnétiseurs et aux somnambules de profession), ses travaux seraient nécessairement stériles. Si, en effet, vos commissaires venaient vous certifier la réalité des phénomènes, leur témoignage n'aurait probablement guère plus d'autorité persuasive que celui des honorables collègues dont nous venons d'entendre les communications; il

©BIUM

serait sujet aux mêmes doutes, aux mêmes contestations; il ne déciderait rien. Si leurs conclusions étaient négatives, elles n'auraient de valeur que relativement aux faits et aux sujets observés par eux, et la question générale resterait toujours pendante. Dans toutes les suppositions donc, une pareille enquête ne peut, au point de vue de la science, aboutir à aucun résultat net et positif, et elle aurait, sous d'autres rapports, des inconvénients dont chacun de nous aperçoit trop aisément la gravité pour qu'il soit nécessaire de les signaler.

M. Dechambre. Je veux réserver un peu les droits de la critique dans la question du magnétisme artificiel. Les expériences faites par moi étaient de nature à donner un résultat plus positif que celles dont parle M. Ferrus. J'avais pour sujet la nommée Brouillard, si célèbre à une autre époque de l'histoire du magnétisme. Il a été démontré par toutes les personnes qui ont assisté à nos expériences qu'elle cherchait à tromper. Il y a eu à la Salpêtrière une nommée Pétronille, qui s'est moquée de toutes les personnes qui ont parlé d'elle dans le *Dictionnaire* et ailleurs, et qui s'est vantée d'avoir joué ce jeu. De tels exemples, ce me semble, sont d'un grand poids, parce qu'ils infirment d'un seul coup un grand nombre d'expériences, contre lesquelles on ne savait et l'on n'a jamais su quelles objections élever. Une expérience nouvelle, qui paraîtrait réussir, ressemblerait après tout à celles dont Pétronille a été l'objet, avant l'aveu de sa fraude. Quant à moi, voici comment et dans quel sens je fais intervenir la critique dans la question : Je prends une personne dite *somnambule*, je vois des actes extraordinaires, puis je m'aperçois d'une supercherie; j'en conclus tout de suite, par la raison que j'ai déjà dite, que tous les faits extraordinaires vus dans la même séance étaient eux-mêmes le résultat de la supercherie, et je conclus sans m'inquiéter seulement du *quomodo*. Bien plus, les mêmes faits produits dans une autre séance n'ont plus pour moi aucune valeur, car il me suffit que la somnambule les ait pu produire une fois par fraude pour que je sois autorisé à croire qu'elle les renouvelle par le même procédé. Eh bien! en notant ainsi, dans une suite d'expériences, tous les faits dont le caractère magnétique est compromis par une gaucherie échappée à la somnambule, on arrive à suspecter tout l'ensemble des faits dits magnétiques, et cela, je le répète, par un procédé rigoureux de critique.

M. Ferrus. Mon intention n'a pas été le moins du monde de récuser la critique; en ceci, comme en toutes choses, je la désire au lieu de la répudier. Je dirai seulement que Pétronille et Brouillard

©BIUM

étaient deux épileptiques qui, tout d'abord, ne savaient pas un mot de ce que pouvait être le magnétisme; c'est plus tard seulement, après s'être aperçues de la curiosité particulière dont elles étaient devenues l'objet, qu'elles ont pu se prêter à la fraude et au compérage. C'est aussi à cette époque et en cet état que les a vues M. Dechambre.

La personne sur laquelle a expérimenté M. Rostan était une fille de service très sage et très simple; c'est sur elle, non sur Pétronille et Brouillard, qu'a été poursuivie l'épreuve de lucidité le soir de la montre.

Nous concevons très bien les droits de l'examen; nous pensons même que des choses si importantes et si extraordinaires aient besoin, pour chacun de nous, de la confirmation personnelle. Toutefois vérifier n'est pas exclure. Les observations de somnambulisme naturel sont fréquentes; elles demeurent incontestées. Évidemment il y a là, avec le magnétisme, un lien qu'on ne saurait méconnaître. L'existence de l'un autorise, jusqu'à un certain point, l'admissibilité de l'autre. Du reste, l'opinion a fait des progrès. Il y a vingt ans, lorsque M. Rostan fit paraître son article, on n'osait pas dire qu'on crût au magnétisme et qu'on s'en préoccupât; aujourd'hui la question posée, qu'elle soit ou non poursuivie dans cette enceinte, sera nécessairement reprise ailleurs, discutée, vérifiée, élucidée. Cet avenir est inévitable. Quant au danger attribué aux pratiques magnétiques, ici encore il faut s'entendre. Entre de mauvaises mains, le magnétisme peut sans doute conduire au mal; mais aux mains des médecins, il ne peut que profiter à la science de l'observation et de la nature, sans avoir de mauvais effets.

La séance est levée à six heures.

Séance du 28 décembre 1857. — Présidence de M. Baillarger.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. *Loiseau* demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Les circonstances nous ont réunis, dit-il, M. Rostan, M. Ferrus et moi, à diverses reprises, auprès d'un malade. Avant-hier, M. Ferrus a provoqué de la part de M. Rostan une explication relativement à ses expériences d'autrefois sur le magnétisme et à la notice qu'il a insérée à ce sujet dans le *Dictionnaire de médecine*. M. Ferrus, qu'une indisposition assez sérieuse retient aujourd'hui chez lui, m'a prié de répéter, en séance publique, la déclaration de M. Rostan, que le savant professeur me confirmait encore ce matin. La voici en

©BIUM

peu de mots : « Les opinions que j'ai exprimées à une autre époque relativement au magnétisme sont toujours les miennes ; déduites d'expériences rigoureuses et, selon moi, au-dessus de toute critique, elles ne pouvaient varier. Les expériences ont été faites, pour la plupart, dans la salle de garde de la Salpêtrière, petite chambre blanchie à la chaux, dépourvue de glaces, et en présence d'un ou deux témoins seulement. C'est une fille de service de la Salpêtrière, très simple et ignorant le nom même du magnétisme, qui a servi de sujet à mes observations. Il y a des phénomènes extra-physiologiques, je le maintiens, que j'ai observés en me mettant soigneusement à l'abri de toute supercherie ; ce n'est pas à volonté que le sujet en expérience peut accélérer ou ralentir les mouvements du cœur ni les pulsations artérielles ; j'insiste sur ce phénomène parce qu'il me paraît tout à fait probant, mais j'en ai observé bien d'autres et de plus extraordinaires. Si j'avais à écrire aujourd'hui un article sur le magnétisme, je ne retrancherais rien de ce que j'ai publié à une autre époque et j'aurais peut-être à y ajouter ; si cet article n'a pas été reproduit dans la seconde édition du *Dictionnaire*, c'est indépendamment de ma volonté et parce que la rédaction de l'article magnétisme a été confiée à une autre plume. J'ai lieu de croire sincères et rigoureuses comme les miennes les expériences de Georget ; si M. Dechambre a obtenu plus tard des rétractations de la part d'une ou deux des malades qui avaient servi aux expériences de Georget, cela tient à la manière particulière dont il s'est plu à les interroger, à une sorte de *torture morale* qu'il leur a fait subir et cela n'infirme en rien pour moi la valeur des faits énoncés par Georget. Depuis longtemps j'ai cessé de m'occuper de magnétisme, mais je reste dans ma conviction au sujet de la réalité de certains faits extra-physiologiques que je ne prétends pas expliquer d'ailleurs. Si je n'ai pas relevé certaines attaques dirigées contre moi à cet égard, c'est parce que je l'ai cru inutile, la vérité se suffit toujours à elle-même. C'est une folie de vouloir convaincre ceux qui ne veulent pas l'être, il faut se borner à plaindre les gens qui rejettent une vérité qu'on leur signale, qui refusent de l'examiner, et qui ont l'outrecuidance de mettre leur jugement, leur sagacité, leur intelligence au-dessus du jugement, de la sagacité et de l'intelligence des autres. »

La correspondance comprend :

Une lettre de M. Parchappe qui demande la parole pour une réclamation relative à la manière dont a été apprécié le résultat de ses travaux, dans le n° du 12 décembre 1857 de la *Gazette des hôpitaux*.

©BIUM

— M. Dagonet, médecin en chef de l'asile de Stéphansfeld, adresse à la Société la lettre suivante :

Stéphansfeld, 26 décembre 1857.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien faire connaître à la Société médico-psychologique le vif désir que j'éprouve de pouvoir être compté au nombre de ses membres correspondants. A l'appui de ma demande j'ai fait remettre à monsieur l'inspecteur Ferrus, pour être offert à la société, mon dernier rapport médico-légal sur une jeune fille de Strasbourg, atteinte d'une de ces affections bizarres qui peuvent justement la faire rentrer dans la catégorie de monomaniaques d'Esquirol. Cette jeune malade est bien un type de monomanie, non pas dans le sens rigoureux de l'expression étymologique, mais par suite de ce délire restreint qu'elle présente, de cette exagération du sentiment de la personnalité qui la caractérise, et des idées fixes en dehors desquelles il nous serait difficile de constater le trouble des facultés. A la prison où nous avons dû l'observer, M. le docteur d'Eggs et moi, les divers employés du service, et particulièrement la sœur chargée de la surveillance des femmes, ne pouvaient se décider à la considérer comme étant atteinte d'aliénation mentale. Elle est un exemple remarquable de la confiance illimitée que peuvent inspirer ces sortes de malades ; partout en effet elle en avait imposé aux personnes avec lesquelles elle s'était trouvée en rapport ; une vieille femme entre autres conservait précieusement les objets volés, persuadée qu'ils provenaient d'une famille princière d'Allemagne ; elle avait même fait de très vifs reproches aux parents de cette jeune fille, les accusant de vouloir la conserver de force et par intérêt. Notre malade a été naturellement acquittée, et transférée à Stéphansfeld où nous continuerons sa curieuse observation. Vous pourrez remarquer, Monsieur le Président, que, dans mon rapport, que les circonstances m'ont obligé de rédiger trop rapidement et d'une manière fort incomplète, je me suis soigneusement abstenu de prononcer le mot de *monomanie*, c'est un mot gros d'orages, qui peut donner lieu à d'interminables discussions, et qu'il me paraît prudent de laisser de côté dans les débats judiciaires. Que nous demande après tout la justice ? S'il existe un état d'aliénation mentale, et par conséquent une irresponsabilité, en tant que le trouble des facultés a été lui-même l'origine, la cause déterminante des actes incriminés.

La médecine légale des aliénés est véritablement hérissée de diffi-

©BIUM

cultés, que viennent à chaque instant soulever des faits imprévus et souvent fort embarrassants. Nous n'avons en quelque sorte pas de code qui puisse nous servir de règle générale de conduite ; les problèmes les plus ardus, aussi bien que certaines données de pratique médicale, sont laissés à une appréciation toute personnelle et de nature essentiellement variable ; aussi quelle discordance dans les termes employés. Il serait temps de mettre un peu les choses en ordre, et de débarrasser le terrain scientifique des expressions métaphoriques qui l'encombrent, et des théories psycho-métaphysiques qui l'obscurcissent. Sous ce rapport la société médico-psychologique, en provoquant la libre expression des opinions les plus diverses, a déjà rendu et est appelée à rendre encore d'importants services.

Il y a déjà quelque temps, un avocat de Strasbourg, habitué à gagner ses procès, venait demander mon avis sur la question suivante :

Des aveux faits par un accusé dans un moment de folie, à la suite de son incarcération pour un crime grave, peuvent-ils être de quelque valeur aux yeux de la justice ?

Posée ainsi la question me parut embarrassante, je me souvenais du proverbe *in vino veritas*. On me pressait de répondre ; après réflexion faite je demandai communication de l'affaire, dans laquelle cependant je n'avais nullement l'intention de m'immiscer. Je craignais de me perdre dans de vagues théories et dans des distinctions inextricables ; ne pouvait-on pas après tout soutenir le pour et le contre ? L'expérience d'ailleurs m'avait appris qu'en aliénation mentale surtout, il importe de bien connaître le fait spécial avant de chercher à résoudre des questions d'un ordre plus général. Le dossier me fut donc immédiatement envoyé, j'en extrais les particularités suivantes.

Un nommé Ignace W... est accusé d'avoir tué un garde forestier, probablement au moment où ce dernier lui dressait procès-verbal. Il n'existe contre l'accusé que des charges assez insignifiantes ; naturellement son avocat ne doute pas de son innocence. Quelques semaines après son incarcération il devient aliéné, et fait spontanément des aveux formels. Il a alors des hallucinations, il ne parle que de sang versé et de guillotine. Il entend le pas des gendarmes qui viennent l'arrêter. *J'ai porté le coup*, s'écrie-t-il, *j'en fais l'aveu, maintenant laissez-moi tranquille*. Puis l'exaspération croissant jusqu'à la fureur, il hurle, il vocifère, il frappe, il mord, on est obligé de lui mettre la camisole de force. Quand cet homme revient

©BIUM

au bout de quelque temps à la raison, il n'a pas d'expressions assez énergiques pour protester de son innocence, et pour éloigner les redoutables soupçons qui planent sur sa tête.

Maintenant, me demande l'avocat, quelle peut être aux yeux de la science la valeur de semblables aveux ?

Je le répète, la question ainsi posée ne me paraissait pas susceptible de solution d'une manière absolue, il fallait avant tout connaître le fait individuel. Ainsi en remontant à l'origine on constatait déjà que Ignace W... portait en lui une prédisposition à l'aliénation mentale ; il passait dans sa commune pour avoir des manières bizarres, on lui avait même donné le surnom de boulanger fou (Narrisch Bœcker). Ceci, bien entendu, nous explique seulement pourquoi cet individu est devenu fou quelques semaines après son incarcération ; les incessantes inquiétudes d'une enquête minutieuse, les craintes que pouvait lui inspirer une accusation grave, l'isolement auquel il fut soumis, suffisent amplement pour nous faire comprendre l'explosion d'un accès de manie chez un homme qui d'ailleurs y est prédisposé.

M. Lélut nous fait remarquer quelque part que presque tous les cas de folie qui se déclarent chez les détenus après leur incarcération, remontent dans *leur cause* à la condamnation, où même à la mise en prévention, et dans leur *manifestation* aux premières semaines qui l'ont suivie.

Mais revenons à la question de ce qui précède, je n'entends pas tirer d'autre preuve que celle-ci : le remords, si tant est qu'il existe, ne peut être considéré comme ayant seul agi pour rendre cet homme aliéné. C'était en effet une allégation produite par l'accusation. Une autre preuve que le remords ne pouvait être ici invoqué comme fait accusateur, c'est qu'avant l'incarcération de l'individu, pendant l'année qui avait suivi le crime, on n'avait observé aucun phénomène qui pût être considéré comme la conséquence du remords. On n'avait remarqué pendant tout ce temps chez Ignace W..., ni inquiétude, ni tristesse, ni sommeil troublé, ni besoin de boire, *de noyer dans le vin de secrets soucis*. Mais, objecte-t-on, c'est maintenant que le remords agit, en ce moment même où ce malheureux a perdu la raison. Ne le voyez-vous pas en proie à d'horribles tourments ? Que signifient cette vue du sang et tous ces sombres fantômes qui assaillent son imagination ? Est-ce donc autre chose que le résultat d'une conscience troublée et que l'épouvante fait réagir ?

Sans doute cela pourrait être, mais cela arrive, suivant nous, d'une manière très peu fréquente, et il serait grave de confondre

©BIUM

l'expression si accoutumée qu'elle soit, d'une conscience offensée, avec ces vaines terreurs qu'un cerveau détraqué vient enfanter chez la plupart de nos malades. Nous croyons du reste que le remords agit avec une intensité qui est pour ainsi dire en raison directe, sinon de l'étendue, du moins de l'intégrité même des facultés intellectuelles. La conscience éprouve chez les aliénés une singulière perversion et les craintes qui les agitent, les scrupules qui les tourmentent ne sauraient être considérés comme une expression plus ou moins normale de la plus remarquable de nos facultés.

La folie, a dit un auteur justement estimé, est *souvent* une personnification du remords. (Brierre de Boismont, *Ann. méd. psych.*, 1851, p. 362.) Cette opinion nous paraît beaucoup trop absolue, et le mot *rarement* nous semblerait mieux indiqué que le mot *souvent*. Je jette en vain les yeux autour de moi pour chercher ces exemples nombreux d'individus, que leur conscience tourmentée a rendus aliénés, et d'autre part je sais tant de gens que le remords agite et qui n'en perdent pas pour cela la raison. L'hallucination, phénomène habituel de la folie, ne prouve absolument rien pour la culpabilité de l'individu ; nous en trouverions au besoin des preuves sans réplique dans l'ouvrage si remarquable de M. Brierre de Boismont lui-même. Si nous insistons la-dessus, c'est parce que, en médecine légale surtout, les idées doivent être parfaitement arrêtées et les termes choisis d'une rigoureuse exactitude.

Sans doute la folie revêt quelquefois une forme en rapport avec les préoccupations du malade au moment où elle a fait invasion. C'est là un fait d'observation vulgaire ; c'est ce qui nous explique l'influence si puissante des idées régnantes, c'est pourquoi il y avait autrefois tant de fous sorciers, démoniaques, loups-garous, ces incroyables bizarreries qui formaient le caractère principal des troubles intellectuels que l'on observait à une époque déjà éloignée de nous. C'est alors qu'on voyait de malheureux aliénés faire d'étranges révélations, et ils s'accusaient avec d'autant plus de violence, qu'ils avaient entièrement perdu la conscience de leur propre situation. Qu'ils sont encore remarquables aujourd'hui ces infortunés dont la folie consiste à divulguer sans cesse des crimes que jamais ils n'ont commis ; aux détails qu'ils donnent, on serait vraiment tenté d'ajouter foi à leurs paroles et plus d'un observateur superficiel a cru voir dans ce fait en quelque sorte le cri de la conscience. Qu'est-ce que cela prouve ? Que l'individu, au début de sa maladie, a été impressionné d'une certaine manière, plus ou moins en rapport avec ses préoccupations actuelles. Mais de là croire à un remords, à un crime, il y a tout un abîme, il y a tous les progrès

©BIUM

que la science a pu faire depuis l'espace de plus d'un demi-siècle.

Loin de nous cependant la pensée de prétendre que l'on ne doit ajouter aucune espèce de foi au témoignage d'un aliéné. L'expérience de chaque jour viendrait sous ce rapport nous donner un démenti formel. Les malades de nos établissements formulent à chaque instant des accusations fondées, et il me paraît hors de doute, comme à l'un de nos confrères distingués, qu'un individu dont le délire est nettement circonscrit, un *monomaniaque*, peut rendre un compte fidèle, impartial, exact des faits particuliers venus à sa connaissance, pourvu que ces faits se trouvent en dehors de ses convictions délirantes. C'est au médecin à distinguer quelle part revient au délire, et quelle part à l'état normal (Moreau de Tours, *Ann. méd. psych.*, p. 286, t. 7).

Le fait suivant, que je trouve rapporté dans les *Annales médico-psychologiques* de 1845, me revient à la mémoire, il peut ici trouver sa place.

Au moment où l'assassin Thomas Nocker allait expier son crime, un épisode inattendu a semblé devoir retarder de quelque temps ce lugubre dénouement. Un malheureux aliéné venait de se déclarer coupable du meurtre pour lequel Nocker avait été mis en jugement. Selon toute apparence une exaltation chevaleresque en faveur d'un homme que sans doute il croyait innocent, l'avait porté à cet acte de dévouement inouï.

Ignace W..., pour lequel je venais d'être consulté, fut acquitté. Son avocat, homme de grand talent, n'avait pas manqué, dans l'intérêt de sa cause, de tirer tout le parti possible de l'opinion que j'avais développée ; il m'écrivit pour me remercier, et, dans l'effusion de sa joie, il me dit que j'avais sauvé une tête de l'échafaud. Pour ma part, je l'avoue, je m'étais peu inquiété de la tête du malheureux dont j'avais lu le dossier, et la seule chose que je tenais à sauver, c'était ce principe qui me paraissait incontestable, à savoir : *que les aveux faits par un accusé dans un moment de folie ne peuvent avoir aucune valeur sérieuse aux yeux de la justice.*

Je serais heureux, monsieur le président, si la Société médico-psychologique sanctionnait cette manière de voir. J'ai hâte de terminer cette trop longue lettre en vous exprimant le regret que j'éprouve de n'avoir à présenter à l'appui de ma demande qu'un bagage scientifique bien modeste. Travailleur inhabile je n'ai pas su, monsieur le président, creuser, comme vos honorables collègues de la société, mon sillon dans le vaste champ de la science, j'ai seulement essayé de vulgariser des notions qui de jour en jour deviennent plus précises. C'est pour atteindre ce but que j'ai, depuis 1850,

©BIUM

publié chaque année un rapport sur l'établissement à la tête duquel je suis placé comme médecin en chef, et que depuis quelques années j'ai ouvert un cours public sur les maladies mentales, à la faculté de médecine de Strasbourg, dont je suis professeur agrégé. Ces efforts sont mes seuls titres à la bienveillance de la Société près de laquelle je serais heureux, monsieur le président, que vous vouliez me servir d'interprète.

Veuillez, je vous prie, agréer l'expression de ma considération la plus distinguée, et de mes sentiments les plus dévoués.

H. DAGONET.

Cette lettre est envoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Brierre de Boismont, Loiseau et Legrand du Saulle.

M. Paul Janet, professeur de logique au lycée Louis-le-Grand, demande en ces termes le titre de membre titulaire de la Société. (Commissaires : MM. Buchez, Peisse, Garnier.)

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Je viens exprimer, par votre organe, à la Société médico-psychologique le vœu d'être admis parmi ses membres et d'être associé à ses travaux. Ce n'est point comme médecin, mais comme philosophe que j'ose demander ses suffrages. Mais je sais que la Société a précisément pour objet de rapprocher la médecine et la philosophie; et c'est le désir de concourir, autant qu'il est en moi, à cette grande vue, qui m'encourage à vous adresser cette demande. D'ailleurs, je ne suis point tout à fait étranger à vos études; j'ai visité avec soin à Strasbourg la maison d'aliénés de Stéphansfeld; et j'ai rendu compte de mes observations dans un article publié le 15 avril dernier dans la *Revue des Deux-Mondes*. Mais mes travaux ont particulièrement porté sur la philosophie morale. Je suis l'auteur d'un livre sur la *Famille*, couronné en 1856 par l'Académie française. J'ai eu également l'honneur d'être couronné en 1853 par l'Académie des sciences morales et politiques pour un mémoire en deux volumes, non encore publié, et qui est actuellement sous presse. Enfin, je crois pouvoir mentionner un *Essai sur la Dialectique de Platon*, ouvrage qui m'a valu le titre de docteur ès lettres à la Faculté des lettres de Paris. La Société voudra bien aussi me permettre d'invoquer en ma faveur le patronage d'un de ses membres les plus éminents, M. Adolphe Garnier, qui a bien voulu me faire assister à quelques-unes de ses séances.

La parole est à M. Parchappe

M. Parchappe. L'appréciation qui a été faite du résultat de mes

©BIUM

travaux sur la folie paralytique dans le n° 146 de la *Gazette des hôpitaux* du 12 décembre 1857, m'impose la nécessité d'une réclamation qu'il m'a paru convenable d'apporter ici, en présence de l'auteur de l'article, qui est membre de la Société, et devant les juges les plus compétents, mes collègues et mes pairs. Je tiens avant tout à ce qu'il soit bien entendu que je n'incrimine en aucune sorte les intentions de mon honorable collègue, que je crois équitables et bienveillantes.

Le but de ma réclamation est purement et simplement de maintenir mes droits, en opposant à des appréciations incomplètes et inexactes sur la portée de mes travaux relatifs à la folie paralytique, un petit nombre de preuves d'où ressortent, avec netteté et certitude les caractères de la doctrine qui m'est propre sur la nature de cette maladie, et les différences qui séparent cette doctrine de celles qui ont été adoptées avant 1838 par divers aliénistes et notamment par MM. Bayle et Calmeil.

De l'article de la *Gazette des hôpitaux* et de beaucoup d'autres écrits que j'ai laissé patiemment passer depuis vingt ans, il semblerait résulter qu'il n'y a pas dans la science, sur la folie paralytique, une doctrine qui me soit propre, et que mes opinions se confondent avec celles des autres aliénistes en général, et de MM. Bayle et Calmeil en particulier.

Il n'en est pas ainsi.

En 1838, pour la première fois, et depuis à diverses époques, j'ai formulé très explicitement et très persévéramment une doctrine sur la maladie vulgairement désignée sous le nom de *paralysie générale des aliénés*.

Pour le prouver, il me suffira d'emprunter à mes écrits quelques courtes citations.

Dans le deuxième mémoire de mes recherches sur l'encéphale, intitulé : *Des altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale*, et publié en 1838, on trouve, page 160, ce passage :

« De toute cette discussion de faits il résulte qu'il existe une es-
» pèce de folie dans laquelle il y a lésion simultanée de l'intelligence
» et de la motilité ; qui a une marche généralement aiguë, quoi-
» qu'elle puisse passer à l'état chronique ; qui a une terminaison
» constamment fâcheuse ; et avec laquelle coexistent dans l'encé-
» phale plusieurs altérations pathologiques parmi lesquelles il en est
» une constante et pathognomique, le ramollissement de la couche
» corticale. »

Dans le cours de la discussion des quarante-trois faits étudiés dans ce mémoire, après avoir défini les caractères différentiels de la ma-

©BIUM

ladie tirés des altérations encéphaliques, j'avais dit, page 146 :

« Si l'on ajoute à ces caractères ceux qui peuvent être déduits » de la nature des symptômes, la lésion constante et univoque de la » motilité ; de la marche de la maladie, sa durée plus longue que » celle de la folie aiguë simple, plus courte que celle de la folie » chronique, sa terminaison nécessaire par la mort ; des circon- » stances qui favorisent son développement, le sexe masculin, l'âge » viril, l'abus des boissons alcooliques, on obtiendra un ensemble de » caractères différentiels plus que suffisants pour fonder légitime- » ment une espèce d'aliénation mentale distincte de toutes les au- » tres, qu'on peut appeler *folie paralytique.* »

Quant à mon opinion sur la nature pathologique du ramollissement de la couche corticale, il me suffit de citer le paragraphe suivant de la conclusion finale du mémoire, pages 219, 220 :

« Dans la folie paralytique, altérations pathologiques caractéristi- » ques de la phlegmasie, étendues à la plus grande partie de la » couche corticale cérébrale, dont le ramollissement entraîne la di- » minution des forces musculaires et la difficulté des mouvements » coordonnés par la volonté. »

Dans mon *Traité de la folie, documents nécroscopiques*, publié en 1841, la discussion de quatre-vingt-six observations m'a conduit à formuler la conclusion suivante, page 251 :

« Les altérations du cerveau dans la folie paralytique se distin- » guent de celles qui se rencontrent dans la folie simple aiguë ou » chronique : par leur constance, le ramollissement de la couche » corticale ne manque dans aucun cas ; par leur nombre, les altéra- » tions accessoires et subordonnées sont beaucoup plus nombreuses » et plus fréquentes ; par leur nature, l'altération essentielle à la » folie paralytique, le ramollissement, se rattache, comme altéra- » tions coordonnées ou subordonnées, l'épaississement des mé- » ninges, l'adhérence de la pie-mère à la couche corticale, la colo- » ration rouge de cette couche et son induration partielle ; et toutes » ces altérations, au point de vue général de l'anatomie patholo- » gique, se rapportent à l'état inflammatoire. »

Dans mon mémoire sur le *siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité*, publié en 1856, se trouvent ces passages, pages 82 et 83 :

« C'est à l'indétermination du siége anatomo-pathologique de la » folie paralytique, caractérisée symptomatiquement par la double » altération de l'intelligence et de la motilité volontaire, qu'est due » l'ignorance dans laquelle on est resté sur la valeur inductive que » contenaient les observations relatives à cette espèce morbide, pour

©BIUM

» la détermination du rôle de centre d'action motrice qui appartient » à la couche corticale cérébrale.

» Mais du jour où j'ai démontré, pour la première fois en 1838, » que la folie paralytique a pour caractère anatomo-pathologique » essentiel le ramollissement de la couche corticale cérébrale, j'ai » positivement fait la preuve pathologique de la réalité du rôle phy- » siologique de centre d'action joué par la couche corticale cérébrale » dans les mouvements volontaires.

» C'est en vain que la constance de l'existence du ramollissement » de la couche corticale dans la folie paralytique a été, plus ou moins » timidement et à diverses époques, contestée au moyen d'observa- » tions individuelles.

» Dans 322 observations, représentant tous les cas légitimes de » folie paralytique suivie de mort, qui se sont présentés à l'asile de » Saint-Yon, du 1er janvier 1835 au 1er janvier 1848, j'ai constaté » positivement l'existence du ramollissement caractéristique de la » couche corticale cérébrale. »

N'y a-t-il pas là, Messieurs, bien évidemment, bien incontestablement la formule claire et nette d'une doctrine positive, complétement énoncée dès 1838, sur la paralysie générale des aliénés ?

N'ai-je pas établi que la maladie désignée sous ce nom constitue nosologiquement une espèce distincte, par ses causes, par ses symptômes, par son siége, par ses altérations anatomo-pathologiques, par sa marche ?

N'ai-je pas donné, le premier, un nom à cette espèce morbide, en l'appelant folie paralytique, pour la distinguer de la folie proprement dite, sans rompre le lien qui la rattache à cette autre espèce morbide ?

N'ai-je pas affirmé que la folie paralytique a pour siége la couche corticale cérébrale, et qu'elle a pour caractère anatomo-pathologique constant et pathognomique le ramollissement de la couche corticale cérébrale ?

N'ai-je pas rapporté à la phlegmasie la nature anatomo-pathologique de l'altération constante, du ramollissement de la couche corticale ?

Tout cela, sans contredit, constitue bien une doctrine pathologique complète.

Mais cette doctrine m'appartient-elle réellement? En d'autres termes, est-elle réellement différente des doctrines adoptées par les aliénistes et notamment par MM. Bayle et Calmeil, avant 1838, époque où je l'ai pour la première fois formulée.

Toutes les fois que dans le cours de mes travaux, j'ai cru avoir

©BIUM

rencontré un résultat nouveau, avant de prétendre à me l'approprier en le publiant, je me suis attaché à le comparer attentivement avec les résultats constatés dans l'histoire ancienne et contemporaine, et je me suis constamment imposé le devoir d'exposer loyalement et complétement tout ce que j'ai pu connaître des travaux de mes devanciers.

C'est ainsi que dans mon mémoire de 1838 sur les altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale, j'ai consacré à l'histoire de la science un chapitre qui forme près du tiers de l'ouvrage.

Pour l'appréciation détaillée de toutes les données historiques sur l'état de la science qui a servi de point de départ à mes travaux, je suis forcé de renvoyer à ce mémoire qui les contient exactes, j'en suis sûr, complètes, je le crois.

En ce qui concerne ma doctrine sur la folie paralytique, ce que j'ai à prouver ici c'est qu'elle diffère essentiellement des doctrines adoptées ou proposées jusqu'à 1838.

La connaissance pathologique de la paralysie générale des aliénés remonte jusqu'à Esquirol et même jusqu'à Haslam, comme je l'ai le premier constaté.

La nature anatomo-pathologique de cette maladie, qui était généralement considérée comme une terminaison de l'aliénation mentale, n'a été l'objet d'une étude spéciale qu'à partir de 1822, pour MM. Delaye, Foville et Pinel-Grandchamp, pour M. Bayle et pour M. Calmeil.

Pour tous les autres aliénistes, la question d'anatomie pathologique s'est renfermée dans le rôle général à attribuer aux altérations encéphaliques, les uns affirmant, les autres niant que la folie pût être considérée comme dépendante des altérations qu'il est possible de constater dans le cerveau des aliénés après la mort.

M. Bayle dans sa *Thèse sur l'arachnitis* en 1822, dans sa *Nouvelle doctrine des maladies mentales* en 1825 et dans son *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes* en 1826, s'est attaché à développer et à justifier une doctrine qui consiste, au point de vue anatomo-pathologique, à rattacher à la méningite cérébrale, d'une manière générale, toutes les maladies mentales, d'une manière spéciale, la folie accompagnée de délire ambitieux et de paralysie générale. Cette doctrine est née des travaux de Lallemand et d'une erreur de Lallemand.

Lallemand avait fort justement reconnu que la méningite aiguë s'accompagne constamment de délire. Mais il s'était trompé en affirmant « qu'on n'observe jamais le délire dans les inflammations » du cerveau exemptes de complications, et que ce symptôme

©BIUM

» appartient spécialement aux inflammations de l'arachnoïde. »

C'est la même vue que M. Bayle a transportée dans l'étude de la folie. Le délire chronique de la folie a été par lui attribué à la méningite chronique. Et la folie avec délire ambitieux et paralysie générale a été, pour M. Bayle, une méningite de la convexité du cerveau.

C'est bien là une doctrine, mais c'est une doctrine différente de la mienne. Et, de plus, c'est une doctrine fausse.

Tous mes travaux sur l'aliénation mentale aboutissent à une négation de la doctrine générale de M. Bayle. Et ma doctrine sur le siége de la folie paralytique est une négation de la doctrine spéciale de M. Bayle sur la paralysie générale des aliénés ; ce qu'il a attribué à la méningite, je l'ai nié, et je l'ai attribué à l'inflammation de la couche corticale cérébrale.

En 1822 et 1823 MM. Delaye, Foville et Pinel-Grandchamp, dans deux mémoires sur le siége spécial de différentes fonctions du système nerveux, M. Delaye dans sa thèse de 1824, et M. Foville dans l'article ALIÉNATION MENTALE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, ont formulé, en s'appuyant sur l'anatomie pathologique, une doctrine qui se résume en ces deux propositions :

1° Les altérations de la substance corticale sont étroitement liées aux dérangements intellectuels ;

2° Les altérations de la substance blanche sont directement liées aux altérations des mouvements ; ce qui attribue pour caractère anatomo-pathologique à la paralysie générale des aliénés, l'induration de la substance blanche du cerveau.

Cette doctrine, qui nie celle de MM. Lallemand et Bayle, n'est pas la mienne, et n'est pas pour moi plus fondée que celle de MM. Lallemand et Bayle.

Enfin, c'est en 1826 que mon honorable et savant ami M. Calmeil a publié son précieux *Traité de la paralysie considérée chez les aliénés.*

J'ai l'espoir fondé que les travaux que M. Calmeil a entrepris depuis de longues années pour perfectionner, à l'aide de l'observation microscopique, l'anatomie pathologique du cerveau, le conduiront à confirmer, dans ce qu'elle a d'essentiel, la doctrine que j'ai introduite dans la science relativement à la folie paralytique.

Mais il est certain que cette doctrine n'était pas la sienne à l'époque où il a publié son ouvrage. On peut même affirmer qu'à cette époque M. Calmeil n'avait pas encore de doctrine arrêtée sur la nature anatomo-pathologique de la folie paralytique. Pour le prouver,

©BIUM

il me suffira de citer les conclusions formulées par M. Calmeil, pages 415 et 416 de son Traité.

« I. Les altérations trouvées dans le crâne des aliénés morts dans » un état de paralysie générale... n'expliquent pas suffisamment » les symptômes observés pendant la vie. »

(Dans l'énumération de ces altérations M. Calmeil comprend l'enlèvement de la substance grise, la mollesse, l'endurcissement, la coloration, l'injection de cette même substance.)

« II. On est forcé d'avouer l'insuffisance de ces altérations, en ré- » fléchissant qu'elles ne sont pas constantes, qu'elles se trouvent » chez des sujets non paralytiques, ou qu'elles auraient eu une mar- » che *spéciale*, nullement à comparer avec celle qui est propre à la » paralysie générale.

» III. Presque tous ces désordres examinés avec impartialité in- » diquent qu'il a existé une phlegmasie chronique vers l'encéphale; » que cette phlegmasie a exercé ses principaux ravages à la super- » ficie des circonvolutions, dans la substance grise et les enveloppes » du cerveau.

» IV. Il est permis de conclure que c'est une phegmasie chroni- » que qui donne naissance à la paralysie générale, en déterminant » dans le cerveau une *modification identique*, que nous n'avons pas » su apprécier et qui, indépendamment des désordres signalés, de- » vait exister chez tous les individus que nous avons disséqués. »

Ainsi, Messieurs, il est certain que j'ai formulé en 1838 et que j'ai constamment soutenu, depuis cette époque jusqu'à ce jour, une doctrine spéciale sur la paralysie générale des aliénés, qui a consisté essentiellement à séparer cette maladie de la folie simple et de ses diverses formes, comme une espèce distincte, sous le nom de folie paralytique; à lui attribuer pour siége la couche corticale cérébrale; à lui assigner pour caractère anatomo-pathologique constant et pathognomique le ramollissement de la couche corticale cérébrale; et à rapporter ce ramollissement, pour sa nature pathologique, à la phlegmasie.

Il n'est pas moins certain que cette doctrine diffère de toutes celles qui se sont produites dans la science avant 1838, et notamment des doctrines adoptées par MM. Lallemand et Bayle, par MM. Delaye, Foville et Pinel-Grandchamp, par M. Calmeil.

Cette doctrine est donc la mienne.

Si elle contient la vérité, comme je le crois depuis vingt ans, et comme j'espère que tous bientôt le croiront, n'est-il pas juste de reconnaître que cette vérité était ma propriété en 1838, longtemps avant de devenir, aujourd'hui ou plus tard, la propriété de tous?

M. Brochin. L'appréciation du résultat des travaux de M. Par-

©BIUM

chappe sur la folie paralytique que j'ai publiée fait partie, ainsi que M. Parchappe vient de vous le dire lui-même, d'un article de la *Gazette des hôpitaux*. Je suis prêt à insérer dans ce journal la rectification que M. Parchappe voudra bien m'adresser, puisque j'ai bien involontairement altéré, à ce qu'il paraît, la part qui revient à notre savant collègue dans l'histoire de la folie paralytique. Je ne pense pas devoir m'étendre ici plus longuement au sujet de la réclamation de M. Parchappe, qui a pour origine un travail qui n'a pas été présenté à cette Société, et entreprendre une discussion à laquelle je ne suis pas, d'ailleurs je l'avoue, suffisamment préparé.

M. Schnepf donne lecture, au nom d'une commission composée de MM. Cerise, Michéa et Schnepf, d'un rapport sur la candidature de M. le docteur Azam, médecin adjoint de l'asile de Bordeaux.

Les conclusions de ce rapport sont appuyées par MM. Parchappe et Loiseau.

On passe au scrutin; M. Azam, ayant réuni la majorité des suffrages, est élu membre correspondant de la Société.

M. Loiseau, au nom d'une commission composée de MM. Buchez, Cerise et Loiseau, donne lecture du rapport suivant sur la candidature de M. le docteur Bich, médecin de l'hospice Victor-Emmanuel, à Aoste.

Messieurs, vous nous avez chargés, MM. Buchez, Cerise et moi, de vous faire un rapport sur la condidature de M. le docteur Bich, médecin de l'hospice Victor-Emmanuel, à Aoste, établissement destiné, comme on sait, au traitement des enfants crétins. L'un de nous, M. Cerise, vous a fait connaître, il y a quelques mois, les premiers résultats obtenus par le docteur Bich, résultats exposés dans un mémoire que le savant médecin piémontais avait adressé à la Société (1). Nous ne pouvons que nous associer sans réserve aux éloges donnés par M. Cerise au zèle intelligent apporté par M. Bich dans l'accomplissement de sa tâche. Votre rapporteur avait déjà eu l'occasion, en visitant l'hospice Victor-Emmanuel, dans les premiers jours du mois d'août 1854, c'est-à-dire après quinze mois d'épreuve, de s'assurer des bons effets obtenus avec les moyens d'hygiène, d'éducation et de thérapeutique spéciale mis en usage à l'hospice Victor-Emmanuel. M. Cerise, dans une visite plus récente, a pu constater de nouveaux progrès. La remarquable analyse de M. Cerise nous dispense d'un nouvel exposé du travail de M. Bich et des résultats inattendus auxquels il est arrivé. Il nous

(1) *Rapporto e osservazioni intorno alla cura dei fanciulli cretini ricoverati nell' ospizio Vittorio-Emmanuele II nella citta d'Aosta.*

©BIUM

suffit de rappeler le rapport de notre éminent collégue pour rendre dignement hommage au mérite scientifique, au jugement éclairé de M. le docteur Bich et à son dévouement à la tâche difficile qui lui a été confiée. Nous avons l'honneur de vous proposer, à l'unanimité, de décerner à M. le docteur Bich le titre de membre correspondant.

Le scrutin ayant donné la majorité des suffrages à M. le docteur Bich, celui-ci est élu membre correspondant de la Société.

M. Legrand du Saulle donne lecture, au nom d'une commission composée de MM. Brierre de Boismont, Bourdin et Legrand du Saulle, d'un rapport sur la candidature de M. le docteur Rousseau.

On passe au scrutin; M. E. Rousseau obtient la majorité des suffrages et se trouve élu membre correspondant.

Discussion sur les névroses extraordinaires.

La parole est à M. Cerise pour une communication :

M. Cerise revient sur quelques considérations générales présentées par lui au début de la discussion actuelle, et relatives à l'opportunité de revenir à la question de l'extase, de la catalepsie et de l'hallucination lucide, qu'il a si souvent inscrite à l'ordre du jour des séances, et qui, malgré la durée du débat auquel elle a donné lieu, n'a réellement pas été discutée. Il regrette de la ramener sur la scène, et il ne le fait que dans le but de combler une lacune considérable que la longue et savante discussion sur les hallucinations a laissée entière. Il ne craint pas de déplaire à la Société, car loin de chercher à ranimer un débat qu'on a pu croire épuisé, et dont chacun semble las, il a voulu, cherchant l'esprit sous la lettre, poser une question non encore abordée dans son sein, celle des *névroses qui se caractérisent par des phénomènes extraordinaires et en apparence surnaturels de sensibilité, d'intelligence et de locomotion.* Il n'entend pas introduire dans le débat la question particulière du somnambulisme spontané ou provoqué, mais il ne peut méconnaître que cet état rétrospathique, vrai ou non, par cela seul qu'il a été l'objet de nombreuses controverses parmi de savants et consciencieux praticiens, ne doive trouver sa place à côté des états névropathiques où la sensibilité, l'intelligence, la locomotion présentent des phénomènes tout aussi extraordinaires. Il croit que, en présence des faits nombreux qui ont été rapportés par des observateurs sérieux et compétents, il est impossible à la savante compagnie, composée d'hommes dont un grand nombre passe sa vie à étudier et à traiter les névropathies les plus graves et les plus diverses, de fuir le débat et de se soustraire au devoir que lui impose sa compétence exceptionnelle en pareille matière.

©BIUM

Après avoir développé sa pensée sur l'opportunité et l'utilité de la question ainsi posée, M. Cerise mentionne l'histoire clinique d'une jeune malade qui fut successivement choréique, hystérique, cataleptique et aliénée. Invité à visiter la malade la nuit, au moment de ses accès habituels de catalepsie, M. Cerise essaya, pour éviter cette course nocturne, de provoquer l'accès au milieu du jour. Il y parvint en présence de quelques confrères, de notre collègue M. Bourdin, en particulier. Les accès, ainsi provoqués le jour, n'avaient jamais lieu la nuit. M. Cerise affirme avoir vu plusieurs fois cette alliance intime de la catalepsie et du somnambulisme, dont le mémoire de M. Puel sur la catalepsie offre un si remarquable exemple.

M. Cerise rappelle ensuite une observation qu'il a publiée dans le deuxième volume de la cinquième série des *Annales médico-psychologiques* : « Il s'agit, dit-il, d'une femme qui avait depuis quelques années des attaques d'hystérie épileptiforme. Cette femme, âgée de trente-deux ans, en était arrivée à avoir plusieurs de ces accès chaque jour ; ils duraient peu, ils n'étaient pas un obstacle aux occupations ordinaires de la maison. Il serait trop long de décrire ici ces accès. Tous les moyens avaient échoué. La famille, désolée, me demanda un jour si je ne consentirais point à ce qu'elle fût magnétisée. Non-seulement je ne m'y opposai pas, mais comme je cherchais la vérité sur ce point scabreux de la science, j'offris d'en faire moi-même l'essai. Ce ne fut pas sans rire que nous nous trouvâmes, malade et médecin, l'un en face de l'autre, assis sur une chaise, ses mains dans les miennes, et mon regard sur ses yeux. Mais le rire ne dura pas longtemps, quelques mouvements eurent bientôt lieu à la figure, qui prit un aspect sérieux d'abord, et bientôt douloureux. Au bout de deux ou trois minutes, ces mouvements se transformèrent en une attaque tellement violente que j'en fus très effrayé et me promis bien de ne jamais revenir, auprès de cette malade, à une semblable épreuve. L'attaque hystérico-épileptiforme n'avait jamais eu cette durée ni cette gravité. Le caractère épileptique tendait à prédominer.

» Je restai auprès d'elle jusqu'à ce que la sérénité fût rentrée dans mon âme, et je me retirai en annonçant à la famille qu'on ne m'y reprendrait plus. Eh bien ! je me trompais. Ce qui me paraissait une aggravation de la maladie était un élément d'amélioration, peut-être même de guérison. En effet, le jour suivant se passa sans accès, un second, un troisième, un quatrième se passèrent de même. La malade sollicita une nouvelle épreuve, affirmant qu'elle devait à la première l'interruption dont elle se félicitait. Je lui

©BIUM

demandais d'attendre. Elle attendit; mais de faibles accès apparurent bientôt, qui augmentaient chaque jour en intensité. Nouvel appel de sa part, nouvelle condescendance de la mienne. Je me maintins un instant en face d'elle, dans l'attitude décrite plus haut. Le résultat fut le même, mais l'accès, cette fois, fut moins intense. Encouragé par une nouvelle suspension de la maladie, je continuai à céder aux instances de la famille, jusqu'à ce que la malade me parût guérie.

» Il y avait donc eu lieu, ajoute M. Cerise, une substitution imprévue d'accès dépendants de mon intervention aux accès spontanés, et substitution avantageuse, en quelque sorte thérapeutique, puisque des accès provoqués quatre ou cinq fois, éloignèrent et firent disparaître les accès nombreux qui constituaient la maladie (1). »

M. Cerise raconte ensuite un troisième fait. Cette fois il ne s'agit plus d'une névrose violemment troublée et en apparence au moins guérie, au moyen d'un phénomène assez étrange de sensibilité, il s'agit d'une névrose permettant de constater, dans une de ses phases, une singulière prérogative de transmission aux sens de l'ouïe et du goût, qu'aurait acquise la région épigastrique. « Une jeune fille, qui avait été affectée pendant quatorze mois de tympanite hystérique, et qui, recueillie à l'hôpital Saint-Jean, à Turin, y avait été soupçonnée de grossesse illégitime, présenta plus tard tous les symptômes de la catalepsie, et fut admise, à ce titre, à l'asile des aliénés de la même ville. C'est là, dit notre collègue, que je la vis, en octobre 1838, en compagnie de MM. les docteurs Bonacossa et Bertotili, médecins de l'asile, et de quelques autres confrères distingués. M. Bonacossa provoquait à volonté des accès, comme cela m'est arrivé quelquefois chez d'autres malades. Il en provoqua un en ma présence. Quand la pauvre fille fut établie dans l'état cataleptique, deux épreuves furent faites en ma présence, et toutes les deux eurent pour objet un fait étrange de sensibilité épigastrique. Je résume ainsi la première : La malade n'entendait aucun bruit, aucune parole, c'est-à-dire elle s'y montrait absolument insensible, à moins qu'une communication ne fût établie entre son épigastre et la personne qui parlait ou l'objet qui faisait du bruit. Les sons les plus éclatants la trouvaient sourde quand la communication manquait, elle entendait un soupir quand cette communication existait. Une chaîne fut établie entre nous, et le plus éloigné,

(1) Je dois ajouter, dit M. Cerise, que la maladie ne fut que suspendue, puis une année plus tard elle recommença avec une nouvelle force et aboutit à l'épilepsie, à la folie et à la mort.

©BIUM

parlant dans sa main, obtenait une réponse que recueillait le plus rapproché, tenant la main sur l'épigastre. Je résume ainsi la seconde épreuve : De la poudre de tabac délayée dans de l'eau fut placée sur l'épigastre, et la malade, vivement contrariée, fit de violents efforts de toux, comme pour débarrasser son arrière-gorge d'une matière âcre et irritante; du sirop remplaça la poudre de tabac, et la malade, agréablement affectée, fit un mouvement très prononcé de déglutition. Je n'insisterais pas sur cette observation, malgré la sincérité et l'autorité des témoignages, si elle était unique dans les annales de la clinique névro-pathologique. »

M. Cerise, heureux d'avoir appelé l'attention de la Société sur les faits de ce genre, renonce, pour le moment, à compléter sa communication, et cède la parole à ceux de ses collègues qui ont des observations à produire.

La parole est à M. Belhomme.

Observation d'une maladie nerveuse extraordinaire, traitée et guérie par le magnétisme animal.

M. Alexandre X..., âgé de dix-neuf à vingt ans, d'une constitution nerveuse et irritable, est d'une taille élevée; la figure est pâle, les membres grêles.

A la suite de la perte de sa mère, à laquelle il était fort attaché, on remarqua chez lui des mouvements convulsifs saccadés; il était sombre, et ses actions étaient quelquefois incohérentes et sans but.

Il craignait beaucoup son père, il s'éloignait quelquefois de la maison paternelle, pendant plusieurs heures, sans qu'on sut ce qu'il était devenu.

Il fut bientôt pris de crises nerveuses épileptiformes, sans cependant avoir les caractères distincts de cette maladie ; la face ne devenait pas violette, il n'écumait pas de la bouche.

C'est dans cet état de maladie qu'il me fut confié en novembre 1841. Je constatai une hypertrophie légère du cœur ; je vis plusieurs de ses accès qui n'avaient point un caractère épileptique; le malade tombait tout à coup et se roidissait, son corps était renversé en arrière, ses membres se tordaient, sa figure s'animait, il jetait des cris; il fallait la force de plusieurs hommes pour le maintenir sur son lit.

Je m'occupai d'abord de l'état du cœur : une saignée fut pratiquée; j'employai des doses de digitale en poudre et de belladone (doses très fractionnées).

Les accès semblèrent se calmer un peu.

Vers le mois de janvier, on s'aperçut qu'à la suite de ses crises il tombait dans un véritable sommeil somnambulique. Un jour, le

©BIUM

surveillant de la division s'aperçut qu'il s'était levé tout endormi, et avait fait une page d'écriture. Ayant été prévenu de ce phénomène tout à fait exceptionnel, j'en prévins sa famille, qui ne se refusa pas à l'emploi du magnétisme.

Je rencontrai peu de temps après un jeune homme qui suivait mes cours à l'Athénée, et je lui proposai de venir voir mon malade.

C'est vers le mois d'avril que le traitement magnétique commença.

Voici le résumé de chacune des séances. Douze suffirent pour guérir le malade.

Première séance. — M. Leclerc (c'était le nom du magnétiseur) vient chez moi à dix heures du matin. Je le présente au malade qui fut très touché de l'attention dont il était l'objet. La figure de M. L... était bienveillante, et il gagna facilement la confiance d'Alexandre.

Dix heures trente-cinq : Le malade tombe en somnambulisme, il répond positivement qu'il dort.

On l'interroge sur sa maladie; il répond : J'ai des douleurs très vives dans la région du cœur, des secousses nerveuses dans tous les membres, et un mal à la partie supérieure du nez qui provient d'une chute.

Depuis combien de temps souffrez-vous du cœur? — *R.* Depuis que je suis né. — *D.* Depuis quand souffrez-vous des nerfs? — *R.* Depuis le 9 août 1841, jour où j'ai perdu ma mère.

D. Peut-on vous guérir? — *R.* La médecine ordinaire est tout à fait impuissante.

D. Croyez-vous au magnétisme? — *R.* Oui : il peut seul me guérir.

D. Voyez-vous votre affection du cœur? — *R.* Je ne suis pas lucide; je ne vois rien; je verrai peut-être quelque chose à la cinquième séance. Au moment où il terminait ces dernières paroles, le malade tombe dans une de ses crises : les jambes se serrent avec force, les dents se choquent par saccades, la figure se décompose, les yeux s'entr'ouvrent par moments, et le globe oculaire est dirigé avec force vers la partie supérieure de l'orbite; une roideur tétanique s'empare de tout son corps. Il glisse d'une seule pièce de son fauteuil. On le porte sur son lit.

D. Peut-on vous soulager? — *R.* Le magnétisme me soulagera; magnétisez-moi, je vous prie!

M. L... fait des passes sur tout le corps, et en moins de trois à quatre minutes on peut l'asseoir sur son fauteuil. Ses crises duraient ordinairement de dix à vingt minutes.

D. Quand voulez-vous que je revienne? — Demain, je vous en prie; vous me faites du bien.

©BIUM

M. L... réveille le malade avec peine ; il a fallu douze minutes pour y parvenir.

Le malade se lève, et reconduit le magnétiseur jusqu'à la porte de la division.

Deuxième séance. — M. L... arrive à dix heures. Le malade est magnétisé à dix heures et demie. *D.* Dormez-vous ? — Non, mais je vais dormir d'ici à trois minutes ; je ne puis ouvrir les yeux. Trois minutes après : — *D.* Dormez-vous ? — Oui, monsieur. Le malade avait eu une grande émotion, en attendant le magnétiseur, et une toux fatiguante : cette toux cesse aussitôt qu'il est endormi.

D. Où souffrez-vous aujourd'hui ? — *R.* Le cœur, la poitrine, le nez, les nerfs me font mal.

D. Êtes-vous soulagé par le magnétisme ? — *R.* Continuez, monsieur, vous me faites du bien.

On l'interroge sur l'état du cœur ; il baisse la tête pour regarder sa poitrine, et répond qu'il voit son cœur plus gros qu'il ne doit l'être, et que son sang est noir. On fera bien de me saigner quelquefois, ajoute-t-il.

D. Vous a-t-on donné des médicaments ? — *R.* On m'a fait prendre de la digitale et de la belladone, mais sans succès.

Le malade continue. — Je suis tombé dans une grande crise le 9 du mois dernier, à la suite de laquelle je suis devenu somnambule ; mon sommeil a duré cinq heures. Dimanche soir, à neuf heures, j'aurai une crise semblable, mes palpitations seront plus fortes, je ressentirai un malaise dans la tête ; je tomberai encore dans mon état de somnambulisme et j'y resterai trois heures ; je n'entendrai personne, excepté vous, si vous me parlez.

Je suis fatigué, réveillez-moi.

On ne parvint à le réveiller qu'au bout de douze minutes. La toux, qui avait disparu sous l'influence du magnétisme, reparaît avec force.

Troisième séance, le lendemain à neuf heures et demie. — Le sommeil est prompt. A peine Alexandre est-il endormi, qu'il a une attaque, on le porte sur son lit ; trois minutes de passes magnétiques suffisent pour le calmer.

Al... se lève et veut se rasseoir sur son fauteuil.

D. Pourquoi vous a-t-on magnétisé plus promptement aujourd'hui ? — *R.* C'est que j'étais déjà disposé à dormir.

M. Leclerc, avant d'arriver chez le malade, s'était assis, en m'attendant, dans le salon de l'établissement. Ce salon est fort éloigné de la division d'Alexandre.

M. Leclerc eut la ferme intention de le magnétiser à distance. On

©BIUM

est porté à croire que ce malade a reçu de loin une certaine influence.

D. Voyez-vous aujourd'hui votre mal? — *R.* Aujourd'hui, je ne vois rien; mais j'aurai dimanche une grande crise.

Alexandre, se trouvant très fatigué du sommeil où il est plongé, est bientôt réveillé par M. L...

Je me trouvais dans la division en ce moment. M. L... veut essayer sur un étudiant en médecine qui a des accès de manie périodique, si le magnétisme fera un effet sur ce dernier. Ce malade fut complétement réfractaire à ce moyen. Mais les passes et les attouchements que M. L... adressa à ce jeune homme furent ressenties par Alexandre, qui était dans sa chambre et qui s'endormit.

M. L..., prévenu par le domestique, se rend auprès d'Alexandre. *D.* Vous dormez donc? — *R.* Je le crois bien, vous m'avez endormi. Réveillez-moi, je vous prie!

Il est évident que la présence du magnétiseur agissait, même de loin, sur les nerfs de ce jeune malade.

Quatrième séance, à la même heure. — M. L... venait exactement tous les jours.

A dix heures huit minutes, le malade tombe dans le sommeil magnétique. *D.* Dormez-vous? — *R.* Oui, monsieur. — *D.* D'où vient que vous sembliez endormi lorsque je suis venu? — *R.* C'est que je vous sentais arriver à la maison.

D. Voulez-vous que je vous réveille bientôt? — *R.* Oui, car je suis fatigué. — *D.* Voyez-vous votre mal? — *R.* Je ne le vois pas, mais je pourrai le voir lundi, j'aurai une crise ce jour-là.

D. Qu'est-ce qui vous fait souffrir en ce moment? — *R.* Le cœur, la poitrine, les nerfs.

D. Votre rhume s'est-il passé? — *R.* Après la séance de magnétisme.

Alexandre est réveillé vers onze heures.

Cinquième séance. — Le malade ayant annoncé qu'il serait plus accessible à la puissance magnétique à la cinquième séance, M. Belhomme invite plusieurs médecins à venir observer Alexandre. MM. Cerise, Baillarger et Boullard se rendent exactement à l'établissement.

A dix heures, M. Leclerc est au salon. Je l'invite à magnétiser Alexandre de loin. M. Leclerc se recueille un instant, avec la ferme volonté de le magnétiser à distance.

Au bout de douze minutes, le surveillant vient nous prévenir qu'Alexandre ne dort pas. Nous nous rendons auprès de lui; au bas de l'escalier, nous le voyons endormi, se dirigeant vers M. Leclerc. Il était dans un état complet de somnambulisme; il tombe bientôt

©BIUM

dans sa crise, qui est observée avec attention par les personnes présentes.

D. Qu'est-ce qui vous a endormi ? — *R.* C'est vous, monsieur. — Mais je n'étais pas là. — Si, monsieur, vous étiez au salon, je voulais vous résister, je n'ai pu réussir.

D. Où alliez-vous quand quand je vous ai rencontré ? — *R.* J'allais vous trouver au salon... — Pourquoi ? — Parce que je me trouve bien auprès de vous.

D. Êtes-vous mieux qu'hier ? — *R.* Oui, parce que je suis moins las.

Nous profitâmes de sa position moins souffrante pour faire quelques expériences.

Voici les résultats :

Nous avons constaté que le sommeil était complet, que les yeux étaient fermés et que le globe oculaire était porté fortement en haut de l'orbite ;

Qu'il était complétement insensible, lorsqu'on le touchait, si ce n'est le magnétiseur. Nous le pinçâmes, il ne sentit rien. M. Leclerc, au contraire, ne le pinçait pas impunément. On lui présenta un flacon d'ammoniaque sous les narines, il ne ressentit l'odeur que par la main de M. Leclerc.

Les sens étaient nuls pour tous, excepté pour le magnétiseur.

Celui-ci le faisait obéir, le faisait lever, asseoir à sa volonté.

M. Leclerc pouvait paralyser un membre et lui rendre le mouvement à sa volonté.

Il pouvait le mettre dans un état cataleptique et le sortir de cet état de contraction.

Dans ses crises, Alexandre avait ses forces doublées, quadruplées ; il fallait plusieurs hommes pour le maintenir : M. Leclerc seul pouvait le dominer par les passes magnétiques. Le malade n'était pas lucide : M. Leclerc essaya plusieurs fois de lui faire deviner un objet qu'il tenait dans sa main, mais sans succès ; il ne pouvait le faire lire de l'imprimé ni de l'écriture.

Je demandai au magnétiseur s'il croyait pouvoir diminuer les battements du cœur. On constata qu'il battait 108 fois, et le magnétiseur, par sa volonté, fit descendre le pouls à 80 pulsations.

Il put, à l'instigation de M. Leclerc, nous prédire la fin de ses crises, qui devaient cesser à la douzième séance.

Tous ces faits parfaitement observés ont été constatés par les personnes présentes.

La séance magnétique est continuée après tous ces essais.

D. Avez-vous trouvé le remède à votre mal ? — *R.* Je l'ai cherché

©BIUM

hier pendant tout le temps de mon sommeil magnétique. Je crois que vous me guérirez par le magnétisme.

D. Lorsque vous êtes endormi, voyez-vous assez pour vous conduire? — *R.* Je puis m'habiller, me raser et marcher sans me heurter.

D. Pourriez-vous lire dans un livre ? — *R.* Non, monsieur. Je ne suis pas lucide, et si le devenais, je tâcherais d'abord de voir ma maladie.

D. Quand viendra votre grande crise? — *R.* Le 7 mars, à sept heures. J'éprouverai d'abord un frisson, une lassitude générale, un grand mal de tête pendant une heure; je tomberai ensuite deux heures en somnambulisme, puis viendra le sommeil naturel.

Alexandre est réveillé par M. Leclerc, et nous nous retirons pour déjeuner avec les personnes présentes.

Après le déjeuner, j'ai voulu convaincre mes confrères de la puissance du magnétiseur sur Alexandre. Je le priai de le magnétiser à distance, et de le faire venir à sa volonté, jusqu'à la salle à manger où nous étions. Le surveillant avait été prévenu.

Au bout de trois minutes, Alexandre est endormi, descend de sa chambre, traverse le jardin et arrive tout endormi dans la salle où nous étions, et, s'adressant à M. Leclerc, il le prie de l'éveiller, ce qui fut fait très promptement.

Grande crise du 7 mars 1842. — Le malade est observé attentivement par le surveillant.

Alexandre, à six heures trois quarts, est pris de bâillement, son visage se colore, ses yeux se remplissent de larmes. Sept heures : la crise commence, mouvements des membres, bientôt il délire et parle haut. Sept heures et demi : il parle de sa mère, qu'il ne croit pas morte ; il ôte de ses doigts une bague qu'il veut remettre à sa mère. Huit heures : étouffements, il s'agite, mais bientôt il s'affaisse et s'endort. Une demi-heure après, la crise est terminée, mais elle est moins forte que celles qu'on observait à son arrivée à la maison de santé.

Le malade reste tranquille pendant la nuit.

Le lendemain huit heures : Alexandre se lève, s'habille, mais il ne répond pas si on l'interroge ; bientôt il est pris d'une nouvelle crise à peu près semblable à celle de la veille, seulement les battements du cœur sont très violents.

Sixième séance. — Le malade étant dans un état de prostration, M. Leclerc hésite à le magnétiser. Sur l'invitation d'Alexandre, il se décide cependant à le faire. Le sommeil arrive très rapidement. On l'interroge sur les médicaments qu'il a pris. Il répond qu'ils n'ont

©BIUM

eu aucun effet, et qu'il ne peut être guéri que par le magnétisme

Septième séance. — Alexandre est remis de ses fatigues, et reçoit M. Leclerc avec empressement; il voudrait être magnétisé deux fois par jour. M. L... lui demande s'il pourrait venir chez lui. — Alexandre répond que le magnétisme n'aurait plus le même effet. M. Leclerc a la volonté de lui donner une crise; le malade tombe, en effet, dans un état cataleptique qui dure cinq minutes. M. L... le magnétise encore pour faire cesser la roideur des membres, et tout est fini. — *D.* Pourquoi avez-vous eu une crise? — *R.* Parce que vous l'avez voulu. — *D.* Pourquoi s'est-elle calmée? — *R.* Parce que vous avez voulu la calmer. — *D.* Pourrais-je toujours l'empêcher? — *R.* Vous ne pourriez pas. On réveille Alexandre.

Huitième séance. — Après avoir endormi le malade, M. Leclerc fait quelques questions. — *D.* Comment vous trouvez-vous? — *R.* Mieux que le jour précédent. — *D.* La saignée d'hier a-t-elle produit un bon effet? — *R.* Excellent. (Après la grande crise du 7, Alexandre avait demandé qu'on la lui pratiquât.)

D. Voulez-vous être magnétisé longtemps? — *R.* Non, je dois sortir aujourd'hui, et je voudrais bien que vous magnétisiez le camée que je porte au doigt; si je m'endormais, on me retirerait cette bague en tirant fortement le doigt. — *D.* Lorsque j'aurai magnétisé votre bague, faut-il qu'on la remette au doigt? — *R.* Non, je la mettrai dans une petite boîte, et si je sentais ma crise arriver, je la mettrais moi-même. — *D.* Lorsque je vous aurai éveillé, vous ne vous rappellerez pas de ce que vous me dites. — *R.* Vous pouvez vouloir que je me rappelle de l'usage de cette bague. Mettez-moi la main sur le front, et ayez la ferme volonté que je me souvienne. Pour juger de l'effet de la bague, M. Leclerc met la bague au doigt d'Alexandre, et, lui tirant fortement le doigt, il le réveille.

Neuvième séance. — Alexandre est moins souffrant, et ses crises s'apaisent. — *D.* Voulez-vous que je vous magnétise? — *R.* Certainement, c'est le moyen de me guérir; il faudra encore me saigner, et voilà tout. — *D.* Avez-vous eu des crises depuis hier? — *R.* J'en ai eu trois fort courtes. — *D.* Vous êtes-vous servi de votre bague? — *R.* Oui, mais je n'ai pu prévenir la première, les autres ont cessé par son usage. — *D.* Quand guérirez-vous? — *R.* Lundi en huit. M. Leclerc lui dit qu'il ne peut venir longtemps et que sa guérison se fait trop attendre. — *D.* Ne pourrais-je pas accélérer votre guérison? — *R.* Je le crois.

Alexandre est réveillé très promptement.

Dixième séance. — M. Leclerc arrive exactement à dix heures,

©BIUM

comme les jours précédents. — *D.* Lorsque vous serez guéri, ne retomberez-vous pas ? — *R.* Si l'on m'éloigne de chez mon père, ma guérison sera solide.

M. Leclerc cherche à lui persuader qu'il sera placé dans une maison de commerce en sortant de la maison de M. Belhomme. Alexandre avoue qu'il a eu des idées de suicide, avant d'être placé dans la maison de santé, et qu'il avait caché des cordes et des instruments tranchants pour se tuer, mais que maintenant il n'a plus ces mauvaises idées. M. Leclerc parle à son malade de sa guérison prochaine, et lui demande quand elle aura lieu. Alexandre répond : « Puisque vous le voulez, ma guérison aura lieu définitivement après-demain. J'aurai des crises épouvantables, je me roulerai par terre, et je recommande bien qu'on me laisse en liberté. Si je déchire mes vêtements, ajoute-t-il, on peut bien faire ce sacrifice. » A peine avait-il fini ces paroles, qu'il tomba à terre, en se roulant et s'agitant d'une manière extraordinaire. M. Leclerc, pour le calmer, lui met sous les narines un flacon d'éther, que le malade sent fort bien. Le surveillant veut en faire autant, mais alors Alexandre ne sent rien. On recommence l'expérience plusieurs fois, et toujours avec le même résultat. Alexandre recommande à M. Leclerc d'emporter la bague qui pourrait empêcher les crises.

Onzième séance. — M. L..., arrivé à l'heure ordinaire, endort Alexandre.

D. Comment vous trouvez-vous ? — *R.* Je suis très fatigué. J'ai eu plusieurs crises après le dîner; j'étais à me promener dans le jardin quand, tout à coup, j'ai été pris de vertiges, de délire et de contractions, mais j'ai été soulagé promptement. — *D.* Votre guérison aura-t-elle lieu demain ? — *R.* Demain 14 mars, je me lèverai à six heures, je descendrai au jardin, mais on sera bientôt obligé de me remonter dans ma chambre, où j'aurai des mouvements nerveux, comme jamais je n'en ai eu. Il décrit la crise. — *D.* Voulez-vous que je vienne demain pour assister à votre guérison ? — *R,* Oui, mais ne me magnétisez pas, il faut que la crise soit complète pour épuiser en moi le germe du mal. — *D.* Quand vous serez guéri, aurez-vous encore des crises ? — *R.* Je n'aurai que des attaques de nerfs, quand je verrai un corbillard, ou qu'on me parlera de mort. On ne pourra jamais m'empêcher d'être nerveux.

Douzième et dernière séance. — M. Leclerc arrive auprès d'Alexandre, le lendemain à dix heures. Celui-ci paraît fort mal disposé. M. L... endort le malade, malgré sa défense. — *D.* Comment vous trouvez-vous ? — *R.* Je suis très fatigué, j'ai eu le cauche-

©BIUM

mar toute la nuit ; réveillez-moi, je dois guérir aujourd'hui. Vers onze heures, la crise dont il avait parlé la veille se déclare. Voici le résumé du manuscrit écrit par M. Leclerc lui-même.

Al... eut d'abord du délire, ensuite des convulsions, des étouffements, enfin un état cataleptique. Les vêtements du malade furent déchirés ; le malade jette des cris effrayants, il pleure, il sanglotte. Au milieu d'une crise de violence, il s'élance sur la porte de sa chambre, il se fait une forte contusion à la tête : on est obligé de le retenir, malgré sa défense formelle : à une heure et demie tout est fini. Le malade était tombé dans un état de prostration et de sommeil dont M. Leclerc eut de la peine à le faire sortir.

Alexandre éveillé, se lève tranquillement, et reconduit M. L... jusqu'au milieu du jardin.

Il resta un mois dans l'établissement sans avoir la moindre crise. On le plaça dans une maison de commerce, comme il était convenu, où il voyait rarement son père.

M. Leclerc a vu le jeune homme guéri, pendant une année, et toutes les fois qu'il avait des attaques de nerf, il suffisait de lui appliquer la main sur le front, et tout disparaissait.

Réflexions. — Après la narration de ces faits, on croit sortir d'un rêve, et l'on se demande si l'on n'a pas été dupe de ses illusions. Depuis 1842, je n'ai jamais rencontré un fait semblable ; aussi me suis-je abstenu de toute pratique magnétique. Il fallait une circonstance comme celle qui se présente, *l'examen des faits de névroses extraordinaires*, pour donner le jour à l'observation que je viens de rapporter. Tout médecin prudent doit craindre de s'engager dans des discussions de ce genre, qui présentent une telle obscurité qu'on doit avouer son ignorance devant des faits aussi extranaturels.

Le sujet qui fait l'objet de cette observation était d'une constitution si exceptionnellement irritable, qu'on peut le comparer à une sensitive pudique qui ne souffre pas d'attouchement. La mort de sa mère l'avait foudroyé, son système nerveux était profondément agacé. Tous les moyens ordinaires de la médecine rationnelle avaient échoué, si ce n'est la saignée qui le calmait, évidemment à cause de l'état du cœur.

Par qui mon malade a-t-il été magnétisé ? Par un jeune homme appartenant à une famille riche, plein de candeur et d'amour de la science ; il s'est dévoué avec une affectueuse bienveillance au service d'un pauvre malade, qui n'a jamais eu que des remercîments à lui faire, pour lui prouver sa reconnaissance. Ainsi point de charlatanisme dans ce fait, qui est l'expression de la vérité tout entière.

Si nous jetons actuellement un coup d'œil rapide sur les phases

©BIUM

de cette étonnante maladie, nous voyons qu'elle a été produite par une forte commotion morale, que les accès se sont développés successivement, et qu'un délire, avec des idées de suicide s'est montré à plusieurs reprises. Alexandre était devenu si dangereux pour les siens et pour lui-même, qu'il a fallu songer à le placer dans un asile d'aliénés. Là, il était surveillé à tout instant, on pouvait prévenir les accidents graves qui viennent si souvent compliquer l'aliénation de l'esprit. A la suite d'une de ses crises, il eut un sommeil magnétique; j'en fus prévenu, ce fut pour moi une indication à remplir : il fallait le magnétiser.

Je dis qu'il fallait le magnétiser, quoique je ne sois nullement partisan du magnétisme. On a cité des faits qui prouvent que l'application de ce moyen est quelquefois fort dangereuse. On a rapporté des faits d'hystériques dont les accès ont été augmentés par le magnétisme. Je crois me rappeler qu'un hystérique devint épileptique par l'emploi du magnétisme ; on m'a confié un malade qui était devenu aveugle, qu'on voulut soigner par le magnétisme, et qui devint fou.

Chez le sujet dont il s'agit, le magnétisme a complétement réussi; les crises se sont multipliées, il est vrai, mais le malade, dans son sommeil, voyait la fin de ses maux.

Vous avez dû être frappés des phénomènes nerveux observés chez notre malade; son insensibilité pour tout le monde, excepté pour le magnétiseur. Les sens ne lui servaient que pour le mettre en rapport avec lui.

Il y avait une relation tellement intime entre le magnétiseur et le magnétisé, qu'ils se sentaient de loin ; le magnétisé obéissait positivement au magnétiseur. Il ne pouvait se soustraire à sa volonté. *Quelle puissance! dont pourraient abuser certains charlatans!*

Alexandre n'était pas lucide. Ce fait de lucidité est, à ce qu'il paraît, fort rare ; c'est pour cela que beaucoup de faits de lucidité sont souvent aidés par des compères. Enfin, le malade a pu prédire ses crises et leur terminaison par une guérison.

Ici, nous parlons en homme consciencieux : *doit-on négliger un seul moyen pour soulager et guérir les malades qui nous sont confiés?*

Personne, je pense, ne pourra blâmer ce que j'ai fait ; et si je n'ai pas publié plus tôt cette observation, c'est pour ne pas servir de point d'appui à certains adeptes ignorants qui abusent de tout en voulant trop prouver.

Que les esprits sceptiques s'inclinent devant ce fait, et qu'ils ne

©BIUM

disent pas, avec M. le professeur Bouillaud, répondant à M. le docteur Frappart : « Je le crois, parce que vous l'avez vu ; mais si je l'avais vu, je ne le croirais pas!!! »

La séance est levée à six heures.

Séance du 25 janvier 1858. — Présidence de M. BAILLARGER.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. Adolphe Garnier a la parole pour un rapport sur la candidature de M. Paul Janet au titre de membre titulaire.

Rapport de M. Adolphe Garnier sur la candidature de M. Paul Janet, professeur de logique au lycée Louis-le-Grand.

MESSIEURS,

Vous vous rappelez que l'année dernière, à l'issue de notre banquet annuel, j'exprimais le vœu de voir fortifier le côté psychologique de notre Société. Vous avez accueilli ce vœu avec faveur, je viens le remplir aujourd'hui, en vous proposant l'élection de M. Paul Janet, professeur de logique au lycée Louis-le-Grand, et précédemment professeur de philosophie à la Faculté des lettres de Strasbourg.

Les ouvrages de M. Janet sont : 1° une thèse sur la dialectique de Platon, qui lui a valu le titre de docteur, décerné par la Faculté des lettres de Paris ; 2° un mémoire sur les principales théories morales et politiques, couronné en 1853 par l'Institut ; 3° un livre sur la famille, couronné en 1856 par l'Académie française ; 4° un article étendu, publié dans la *Revue des Deux-Mondes* en 1857, sur l'hospice d'aliénés de Stéphansfeld, près de Strasbourg. Je dois vous dire quelques mots de chacun de ces ouvrages.

Le premier, qui paraît s'écarter le plus des travaux de la Société s'en rapproche cependant plus que les autres, comme vous allez le voir. Le mot de *dialectique* a un double sens ; il signifie à la fois une méthode et le résultat de cette méthode. La dialectique, entendue comme résultat d'une méthode, n'est autre chose que le système des *idées* de Platon. Je ne me chargerai pas, quant à moi, de défendre ce système, et je n'ai pas d'ailleurs à m'en occuper ici. Mais la dialectique, entendue comme méthode, est la même chose que l'induction de Bacon, c'est-à-dire la méthode applicable aux sciences d'observation, la méthode que vous pratiquez tous les jours.

Quelle est la véritable marche de l'induction baconienne ? Bacon recherche la cause des phénomènes, et pour la découvrir, il pose en principe : 1° que la cause du phénomène doit être présente quand

©BIUM

le phénomène est présent ; 2° que si le phénomène est absent, la cause doit être absente ; 3° qu'ils doivent être l'un et l'autre présents au même degré ; que si, par exemple, le phénomène est très intense quand la prétendue cause est très faible, ou le phénomène très faible quand la prétendue cause est très intense, il faut abandonner cette cause et en chercher une autre. C'est ce qu'il appelle dresser des tables de présence, d'absence et de degrés. Par exemple, il veut savoir si la lumière est la cause de la chaleur, et il observe que la chaleur est présente quand la lumière est absente, et réciproquement ; de plus, que la chaleur est très forte quand la lumière est très faible, et *vice versâ;* il en conclut donc que la lumière n'est pas la cause de la chaleur. Telle est la méthode que pratique Platon, sous le nom de *dialectique*. Par exemple, il recherche quelle est la cause ou la nature du *beau*. Il se demande d'abord si c'est la figure de la femme. Mais il trouve qu'il y a de la beauté là où cette figure est absente, comme dans un beau discours. La beauté serait-elle l'éloquence ? Mais le beau existe dans une action où l'éloquence ne se trouve pas. La beauté serait-elle de mener une vie utile à la patrie, que couronnerait une mort, pleurée de nombreux enfants et de tous les gens de bien ? Mais la beauté existe chez les dieux qui n'ont pas une vie semblable à celle des hommes, et qui ne meurent pas. Platon laisse la question indécise, et conclut que la beauté est une chose difficile à définir dans son essence ou dans sa cause ; mais vous voyez l'identité de la dialectique de Platon et de l'induction baconienne. La thèse de M. Janet est donc bien loin de se trouver étrangère aux travaux de notre Société.

M. Janet pratique lui-même la méthode *dialectique* dans son second ouvrage. Il recherche les fondements de la morale et de la politique ; il examine si ces fondements sont l'intérêt individuel, la sympathie réciproque des hommes les uns pour les autres, la tradition et l'autorité, ou une distinction naturelle du bien et du mal. Il montre que la morale existe, quand les premières de ces causes n'existent pas et que la dernière seule remplit les conditions de la méthode inductive.

Je voudrais pouvoir vous parler longuement de l'ouvrage de M. Janet sur la famille, vous montrer comment il entend qu'elle est une source de bonheur, et qu'en même temps elle impose des devoirs sévères qui font de la famille une épreuve aussi bien qu'une félicité ; comment il veut que l'autorité appartienne à l'homme, mais à la condition qu'il ait la supériorité de la raison ; comment il réserve à la femme le rôle de confidente et de conseillère dans la conduite des affaires communes, de gardienne économe dans la pros-

©BIUM

périté, de consolatrice dans le malheur ; comment il enseigne que l'autorité du père doit se tempérer par la persuasion, l'insinuation, la tendresse de la mère ; que l'enfance a ses défauts et ses qualités naturelles dont les secondes peuvent servir à modérer les premiers ; que chez le fils l'obéissance et l'amour doivent s'unir et se fortifier ; que la fille doit trouver, même dans ses agréments extérieurs, des raisons d'embellir et de purifier l'intérieur de son âme, et que la famille et la société doivent se prêter un secours mutuel et se communiquer un mutuel perfectionnement ; mais il me suffira de vous dire que ce livre est déjà à sa troisième édition, et que son succès va toujours croissant.

Le quatrième ouvrage de M. Janet rentre tout à fait dans les occupations de cette Société. On y voit qu'il a observé l'aliénation mentale en philosophe et en physiologiste. Il n'a pas sur la folie les préjugés du monde ; il ne se représente pas les aliénés comme ces fous de théâtre, dont les pensées sont sans cesse décousues et hachées, et qui cependant laissent échapper des vérités sublimes, par lesquelles ils paraissent avoir plus d'esprit et de raison que tous les autres personnages de la pièce.

M. Janet a observé les différentes catégories d'aliénation mentale ; il sait qu'il y a une folie raisonnante qui laisse l'esprit dans son intégrité en ce qui touche tous les objets étrangers à la folie partielle, et qui, dans le sein de cette dernière, laisse à l'intelligence qui part seulement d'un principe faux toute la vigueur du raisonnement et la droiture de la logique. En un mot, il distingue la manie et la monomanie, et les différentes sortes de monomanie entre elles.

En résumé, Messieurs, vous voyez que M. Janet, par l'ensemble de ses travaux et par les qualités de son esprit, est tout à fait digne d'appartenir à votre Société. J'ajoute qu'il attache une très grande importance aux rapports de la physiologie et de la psychologie ; qu'il est tout à fait convaincu que ces deux sciences peuvent et doivent s'éclairer l'une par l'autre ; qu'il a autant de curiosité pour les phénomènes physiologiques que pour les observations internes de la psychologie, et qu'en conséquence, sous tous les rapports, sa place est marquée parmi les membres de la Société médico-psychologique.

On passe au scrutin ; 21 membres ont signé la feuille de présence. M. Paul Janet réunit l'unanimité des 21 suffrages exprimés ; il est en conséquence proclamé membre titulaire de la Société.

La parole est à M. Legrand du Saulle pour un rapport sur la candidature de M. le docteur Berthier au titre de membre correspondant.

©BIUM

Rapport de M. Legrand du Saulle sur la candidature de M. le docteur P. Berthier.

MESSIEURS,

Dans l'une de vos précédentes séances, vous avez reçu de M. le docteur Berthier, médecin-chef interne de l'asile public des aliénés d'Auxerre, la demande du titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique. Ce confrère vous adressait en même temps un exemplaire de la thèse qu'il a soutenue, en 1857, à la Faculté de médecine de Montpellier. Au nom d'une commission dont MM. Brierre de Boismont et Bourdin ont, avec moi, l'honneur de faire partie, je viens vous rendre compte des impressions que cette nouvelle candidature a fait naître dans notre esprit.

Et d'abord, la dissertion inaugurale de M. Berthier porte ce titre : *De la nature de l'aliénation mentale d'après ses causes et son traitement*. L'auteur, après quelques pages d'introduction sur la saine méthode de philosopher, place la folie sous quatre chefs étiologiques : la cause physiologique ou viscérale, la cause intellectuelle ou cérébrale, la cause sympathique ou organique et la cause végétative ou nutritive.

1° *Cause physiologique ou viscérale.* — Cabanis a écrit la phrase suivante dans son septième mémoire : « Il existe dans le corps vi» vant, indépendamment du cerveau et de la moelle épinière, diffé» rents foyers de sensibilité, où les impressions se rassemblent en » quelque sorte comme les rayons lumineux, soit pour être réflé» chies immédiatement vers les fibres motrices, soit pour être ren» voyées, dans cet état de rassemblement, au centre universel et » commun. » Bichat, s'emparant de l'idée de son devancier, a consacré plusieurs chapitres à la défense de cette opinion que *le siége des émotions est dans les cavités splanchniques, au sein des viscères.*

Partageant cette manière de voir, M. le docteur Berthier a cru devoir rappeler quelques exemples où des secousses imprimées à la vie végétative ont eu de funestes conséquences.

Un tableau de Raphaël produisit un tel saisissement d'admiration sur le peintre Francia qu'il s'évanouit et mourut. — Le Corrége était si mal payé de ses travaux, que la joie de recevoir dix pistoles lui coûta la vie. — Julie, femme de Pompée, mourut de frayeur d'avoir vu une robe teinte du sang de son mari. — Mademoiselle de G..., raconte Rivière, dans *la Praxis*, souffrait depuis longtemps du refus de son père à un consentement matrimonial ; tout à coup, le père autorise le mariage de la jeune fille avec celui qu'elle aimait.

©BIUM

Elle arrive au contrat, signe d'une main tremblante la moitié de son nom, et meurt ! Et Denys qui expire en apprenant qu'il a remporté le prix des jeux olympiques !.....

2° *Cause intellectuelle ou cérébrale.*—Lorsque le cerveau est continuellement stimulé, qu'il travaille outre mesure, il dépense plus qu'il n'acquiert. La vie ne se répand plus alors avec égalité dans les différentes parties de notre être : elle se concentre dans quelques points plus sensibles, et quand ce défaut d'équilibre passe certaines limites, il entraîne à sa suite des maladies qui, non-seulement achèvent d'altérer les organes affaiblis, mais qui troublent et dénaturent la sensibilité elle-même.

L'homme est une intelligence servie par des organes, selon l'expression de M. de Bonald ; mais cette intelligence peut sombrer sous l'influence d'une trop grande activité de l'esprit, et la classe des hommes de lettres apporte son contingent à nos asiles.

3° *Cause sympathique ou organique.* — M. le docteur Berthier place les diathèses en tête des affections qui prennent naissance dans les profondeurs de l'économie : qu'elles soient le fruit d'un legs héréditaire, qu'elles s'engendrent spontanément ou aient été acquises sous des influences qui échappent à notre investigation.

4° *Cause végétative ou nutritive.* — Le cerveau peut être contrarié dans l'exercice de ses fonctions, lorsqu'il ne puise pas dans le sang une alimentation suffisante. Le même effet se produit au contact d'un sang appauvri, dénaturé, ou trop riche. Il y a vingt-deux siècles qu'Hippocrate a dit que le sang est le régulateur des nerfs ; Sydenham en a fait quelques applications heureuses, et notre distingué collègue, M. Cerise, a consacré à ce sujet plusieurs pages aussi remarquables de profondeur que d'originalité.

De l'harmonie entre le sang et les nerfs résulte la santé et la raison du plus grand nombre des femmes, qui suivent en cela les lois du reste de la nature, où, comme le dit Pope, tout subsiste par un combat mutuel. La thérapeutique des affections nerveuses repose sur cette proposition.

L'auteur, dans la seconde partie de son travail, passe successivements en revue et critique avec finesse et à propos tous les traitement qui, depuis les temps les plus reculés, ont été préconisés contre l'*infortune qui s'ignore elle-même*, et il n'hésite pas à donner la préférence à la médication névrosthénique. Enfin, il pose les conclusions suivantes :

1° Dans toute maladie nerveuse, la première étude à faire est celle de l'étiologie, qui donne la clef des troubles nerveux, organiques ou dynamiques ayant servi de point de départ à l'affection.

©BIUM

2° Sur l'autorité réunie des anciens et des modernes, on peut affirmer que toute maladie est susceptible de déterminer la folie.

3° Cette multiplicité de causes (et d'effets) ne permet point d'adopter un traitement unique pour chacune des formes mentales. On ne devra jamais dire : les maniaques se traitent de telle façon, les mélancoliques de telle autre ; la manie, la mélancolie pouvant avoir besoin de plusieurs médications à la fois, ou de l'une après l'autre.

4° L'étude étiologique mène au dignostic. Mais diagnostiquer n'est point grouper des traits pour former un type, ni fouiller des symptômes pour en ordonner des classes : les classifications les plus rigoureuses ne servant qu'à soutenir la mémoire et guider l'attention. L'art consiste à découvrir la résultante des éléments qui composent l'affection, au moyen de toutes les données propres à éclairer : précédents héréditaires, soupçonnés ou acquis ; éducation sociale et religieuse, sexe, âge, tempérament, maladies antérieures, événements domestiques, tourmentes sociales, traitements subis, marche des symptômes.

5° Les faits d'aliénation mentale relèvent tous de quatre ordres : les faits de l'ordre psychique ; les faits de l'ordre physiologique ; les faits de l'ordre psycho-physiologique ; les faits de l'ordre vital, auxquels nous ajouterons les faits de l'ordre physique ou matériel, tels que ceux de la folie traumatique.

6° Semblable méthode conduit à consacrer plus d'attention à la totalité des organes et du dynamisme, aux grandes lois de la sympathie et du consensus, à diriger, enfin, plus souvent ses regards sur le système nerveux ganglionnaire, instrument de relation entre les idées et les penchants, voie de transmission unique de la perception au centre émotif, duquel une infinité de troubles émanent.

7° Il peut arriver que, dans la genèse pathologique, l'effet devienne cause, et que la cause primitive cesse d'agir. Il peut arriver encore que, par suite d'anesthésie des sens internes, les troubles viscéraux cessent de rester évidents. L'on ne doit pas moins aller à leur recherche, pour les réveiller, sous peine de laisser s'engendrer des altérations latentes que nous révèle la mort, ou la mort survenir par suite de la non-satisfaction des besoins indispensables à la vie.

8° La conséquence physiologique des névroses en général, de la folie en particulier, est la rupture d'équilibre entre les nerfs, les forces et l'âme. Le grand fait qui domine la pathologie mentale, c'est le désordre du système nerveux.

9° De la proposition précédente découle ce corollaire : répartition inégale de la sensibilité, sous l'influence d'une modification vicieuse

©BIUM

des forces, d'où l'indication de rétablir l'harmonie, en brisant les oscillations, en calmant les nerfs, et en fortifiant l'économie.

De là, prééminence des médicaments névrosthéniques.

10° Ce mode d'envisager le traitement se trouve en parfait accord avec la clinique, et n'est point en opposition avec l'anatomie pathologique, laquelle ne peut qu'éclairer la science, et non servir de base à un traitement.

11° L'autopsie ne fournit aucun signe pathognomonique. Les ravages trouvés sur le cadavre sont vraisemblablement des conséquences et non des principes. Ces conséquences peuvent manquer, lorsque les troubles observés pendant la vie avaient été fonctionnels. Les troubles fonctionnels se transsubstantialisent à la longue, et l'on trouve peu d'aliénés chroniques dépourvus d'altérations viscérales.

12° Inférer de là que l'aliénation idiopathique est la plus grave, parce qu'elle conduit plus sûrement aux altérations de substance. Certains monomaniaques appartiennent à cette famille, et ce sont ceux aussi qui passent le plus facilement à la chronicité et à la démence.

13° De tous ces faits, il ressort qu'au point de vue doctrinal, la folie est un état morbide, de nature complexe, traduit par une affection nerveuse à variétés infinies, et dont la cure seule est la pierre de touche.

Telle est, Messieurs, dans son ensemble, le travail que M. Berthier vous a adressé; je l'ai résumé devant vous, sans le discuter, car la divergence complète de mes opinions doctrinales avec celles de l'auteur m'eût entraîné dans un long et stérile débat.

M. le docteur Berthier a été pendant très longtemps attaché à l'asile public d'aliénés d'Auxerre, comme interne en médecine et comme médecin-chef interne; c'est en cette qualité qu'il a obtenu en 1853 le prix qu'Esquirol fonda en 1818, et que M. Mitivié, fidèle aux généreuses dispositions de son oncle, a continué jusqu'à aujourd'hui. Depuis un mois, M. Berthier est chargé du service médical des asiles de Saint-Lazare et de la Madeleine, à Bourg; il apportera, nous en sommes sûr, dans ses nouvelles fonctions, ces qualités d'homme sérieux, instruit, plein de zèle et de dévouement pour les malades, qui lui ont fait mériter de la part de M. Girard de Cailleux, son maître, une estime profonde et une affection véritable.

Votre commission, Messieurs, persuadée que la Société médico-psychologique fera un bon choix en s'associant M. le docteur Berthier comme membre correspondant, a l'honneur de vous proposer un vote favorable.

On passe au scrutin; 25 membres ont signé la feuille de présence.

©BIUM

M. Berthier ayant réuni 21 suffrages sur 23 votes exprimés, est élu membre correspondant.

M. Trélat lit un rapport sur la candidature de M. Niepce, médecin à Allevard (Isère), au titre de membre correspondant.

Rapport de M. Trélat sur la candidature de M. Niepce.

MESSIEURS,

M. le docteur Niepce, médecin inspecteur des eaux d'Allevard, bourg de la partie du Dauphiné connue sous le nom de Graisivaudan, sollicite son admission près de vous, comme membre correspondant.

Vous avez chargé MM. Pinel, Fournet et Trélat d'apprécier et de vous soumettre les titres scientifiques de ce candidat dont le nom vous est déjà favorablement connu.

M. Niepce vous a envoyé, l'an dernier, un mémoire sur le crétinisme ; et quoique vous n'ayez pas cru devoir lui attribuer le prix généreusement mis à votre disposition par M. Ferrus, pour l'*œuvre* qui serait par vous jugée digne de l'obtenir, vous avez pourtant décerné à ce médecin une médaille d'encouragement.

A l'époque de ce concours, un honorable rapporteur vous a fait connaître ce travail sur lequel il est d'autant plus inutile de revenir, qu'il n'est, à vrai dire, qu'une reproduction sommaire ou un court extrait d'un ouvrage de plus long cours publié antérieurement sur la même matière.

M. Niepce, en effet, a fait imprimer en 1851 un volume de cinq cents pages, sous le nom de *Traité du goître et du crétinisme*, suivi de la statistique des goîtreux et des crétins, dans le bassin de l'Isère en Savoie, et dans les départements de l'Isère et des Hautes et des Basses-Alpes.

En 1852, le même auteur a publié un second volume complémentaire, contenant les tableaux statistiques annoncés.

C'est réellement cet ouvrage de 1851 et 1852, plutôt que le mémoire envoyé en 1857, que vous avez dû honorer d'une distinction scientifique, et c'est aussi là que votre commission a cherché à s'éclairer.

Appelé à diriger, comme médecin inspecteur, les nombreux baigneurs qui se rendent aux eaux minérales d'Allevard, M. Niepce fut péniblement frappé du contraste qui existe entre la nature si grandiose et si riche de cette belle vallée des Alpes françaises et la population dégénérée qui l'habite.

Il se fixa, pendant quelques années, dans ces hautes régions pour

©BIUM

y étudier les habitations, l'alimentation, les mœurs, les habitudes, les maladies des populations qui y vivent.

Il parcourut ensuite les vallées principales des deux versants des Alpes, soit en France, soit en Piémont, pour rapprocher à différentes hauteurs et sous l'influence d'habitudes et d'un régime différents les éléments comparatifs de ses observations.

Il s'est adressé aux magistrats de ces localités qui ont favorisé ses investigations, et c'est avec leur aide qu'il a pu entreprendre et remplir les tableaux qui terminent son ouvrage.

Description du crétinisme, anatomie, physiologie et pathologie des crétins ; recherche des causes et des remèdes, tel est le cadre que s'est ouvert M. Niepce et qu'il s'est appliqué à remplir.

La partie la plus intéressante de son livre est incontestablement celle qui appartient à la climatologie.

Il a fait une étude longue, persévérante, approfondie de l'action de l'air, de la température, de la lumière, de l'habitation et de son exposition ; des causes directes locales, permanentes, résultant de l'atmosphère, du sol et des eaux, et s'est appliqué à les distinguer des causes indirectes ou accidentelles qui dépendent des mœurs, des habitudes, de l'alimentation.

Au reste, pour l'une comme pour l'autre de ces catégories, M. Niepce proclame hautement qu'il appartient à la civilisation, à ses progrès et à ses conquêtes de diminuer et peut-être un jour de faire disparaître les calamités qui font l'objet de son attention.

Les causes sont l'insuffisance ou les mauvaises qualités de l'air et de la lumière, la chétive nourriture, en termes plus généraux, la *misère*, car c'est elle qui relègue et séquestre des populations humaines dans des étables où elles gisent, les deux tiers de l'année, respirant un air humide et vicié par les émanations les plus infectes ; c'est elle aussi qui ne met à leur disposition que quelques pauvres champs d'avoine ne fournissant qu'une alimentation insuffisante.

« Dans les vallées des Alpes, où le goître et le crétinisme sé-
» visssent avec le plus d'intensité, les habitants, suivant leur aisance
» ou leur misère, passent les huit mois d'hiver dans des chambres
» séparées des écuries, ou dans les étables, avec les animaux.

» Les familles aisées sont entassées dans une pièce étroite et
» humide de deux mètres d'élévation, le plus souvent au rez-de-
» chaussée, sur le sol nu, souvent en contre-bas, sur un mauvais
» dallage, ayant pour fenêtre une ouverture de 40 centimètres
» d'élévation, fermée par un vieux châssis fixé dans le mur, recou-
» couvert d'un papier huilé qui laisse à peine pénétrer un peu de
» lumière ; dans un coin de cette mauvaise chambre, un foyer sans

©BIUM

» cheminée, dont la fumée s'échappe par une simple ouverture » pratiquée dans le mur, après avoir circulé dans la pièce, noirci » les parois des murailles, vicié le peu d'air qu'on y respire par » les gaz nombreux qui se dégagent du combustible, qui varie » suivant les localités et qui est fourni tantôt par du bois, tantôt » par l'anthracite ou de la fiente de vache desséchée pendant l'été. » L'ameublement consiste simplement en une mauvaise table, de » vieux coffres, de mauvais grabats faits au moyen de quatre » planches clouées à des montants, sur lesquelles on entasse les » vieux habillements, tout le linge sale, et pour matelas un peu » de paille qu'on ne renouvelle qu'une fois par an, à la récolte, et » pour couverture de vieux habillements ou des peaux brutes » d'animaux. Joignez à cela que la pièce n'est balayée qu'une fois » par semaine, et cela superficiellement, et vous aurez le tableau » exact de l'appartement dans lequel se trouve le plus souvent une » famille nombreuse. Si ces habitations sont sales et malsaines, » il en est bien pire encore de celles où se retirent les malheu- » reux.

» La pénurie du bois, le mauvais état de leurs maisons, l'impos- » sibilité dans laquelle ils se trouvent de pouvoir les réparer, les » obligent à passer les longs jours de l'hiver dans des étables » enfoncées dans la terre, adossées le plus souvent contre la mon- » tagne, et tellement basses qu'un homme de taille ordinaire a de » la peine à s'y tenir debout. La terre nue qui en forme le sol, » imprégnée de l'urine des animaux, leur transpiration et leur » haleine, entretiennent une humidité constante et infecte. Deux » ou trois trous, fermés ordinairement par un châssis fixe, ne » s'ouvrent jamais pour en renouveler l'air.

» Le fumier reste souvent plusieurs mois sans être enlevé. On » peut juger de l'atmosphère dans laquelle se trouvent plongés » toute la famille ordinairement nombreuse et les animaux qui y » demeurent, et qui n'est jamais renouvelée, puisque la porte, » basse, étroite, reste toujours close, et les petites ouvertures » constamment fermées.

» Quelques familles, qui n'ont que deux vaches, ou une seule, » avec quelques brebis, ou seulement une ou deux chèvres, placent » un mauvais poële dans un coin de ces écuries, dont la chaleur » tend encore à augmenter le degré d'humidité et l'insalubrité du » local. Les enfants restent pendant tout le jour accroupis sur la » litière, et pendant la nuit ils dorment avec leurs père et mère » dans un coin, sur des feuilles sèches ou des branches de sapin ; » les uns et les autres ne se déshabillent que très rarement et

©BIUM

» passent ainsi l'hiver, qui, dans un très grand nombre des vallées » des Alpes, dure huit mois.

» Dans ces étables, la température s'élève, lorsque le froid en » dehors est intense, comme il l'est pendant plusieurs mois, jusqu'à » 30 degrés, et quelquefois la différence avec l'air intérieur est de » plus de 40 degrés.

» L'humidité et la température sont tellement fortes et élevées » dans ces étables, que si, pendant l'hiver, on veut y pénétrer dès » que la porte en est ouverte, il en sort aussitôt un épais brouillard, » répandant une odeur tellement infecte, que souvent je n'ai pu, » malgré toute ma persistance, pénétrer dans l'intérieur et y » séjourner quelques minutes seulement. L'homme qui n'est pas » habitué à séjourner dans ce milieu vicié par les émanations » ammoniacales et autres, ne peut y rester sans être promptement » suffoqué. Souvent il m'est arrivé d'en sortir après un court séjour » de quelques minutes, ayant mes vêtements couverts de goutte- » lettes d'eau et si imprégnés d'humidité qu'à peine avais-je fait » quelques pas au dehors qu'ils étaient immédiatement congelés. » On conçoit facilement que ces malheureux, privés de lumière, » plongés dans un air aussi impur, aussi chaud et humide, doivent » être peu robustes, et que leur organisme doit très promptement » dégénérer (1). »

Voici maintenant la contre-partie :

A Saint-Jean-de-Maurienne, où le goître et le crétinisme existaient au plus haut degré, depuis que les armées françaises pénètrèrent dans cette vallée, l'aisance qu'elles y amenèrent et qu'elles y ont laissée depuis leur passage, a permis aux habitants de reconstruire leurs maisons sur un alignement bien tracé, avec de bonnes conditions d'espace, d'aération et de lumière. Le nombre des goîtreux et des crétins s'est considérablement abaissé.

Dans le bourg d'Allevard, depuis que les usines métallurgiques ont acquis l'importance qu'elles ont actuellement, depuis qu'on travaille beaucoup dans ce pays, et que le travail y fait circuler l'argent et par l'argent plus d'air, plus de jour; depuis que les rues sont sèches, la nourriture meilleure et la population plus vigoureuse, il naît moins de crétins.

Il existait autrefois à Allevard une rue entière dont tout un côté était occupé par des goîtreux et des crétins. Là, de mauvaises maisons basses et humides étaient toutes construites sur un ruisseau dont les eaux provenaient des marais. Depuis qu'elles ont été re-

(1) Deuxième volume, page 89.

©BIUM

faites suivant les règles d'une bonne hygiène, on n'y voit plus naître de crétins.

Les mêmes recherches, appliquées à tous les lieux où naissent et vivent des crétins, fournissent les mêmes résultats et les mêmes espérances ; et il ne faut pas manquer de dire ici que les trente-six pages de chiffres qui terminent le second volume de M. Niepce doivent être d'un grand secours pour la poursuite de ce travail utile, car elles donnent la statistique actuelle des goîtreux et des crétins (soit l'un ou l'autre, soit l'un et l'autre en même temps) en regard de la population totale de chaque pays, avec distinction de sexe, pour toute la Savoie haute et basse, et pour la France, le département de l'Isère et le département des Hautes et Basses-Alpes.

Ce travail est considérable : s'il est, comme on doit le penser, exact dans toutes ses parties, il est d'une grande valeur, doit servir de point de départ pour toute étude future dans la même voie et rendre facile la constatation du progrès. Toutefois, il est juste de dire qu'il doit beaucoup aux tableaux dressés sur une grande échelle et publiés trois ans auparavant, dans le beau rapport sarde de MM. Gallo, Riberi, Bertini, Sismonda, Cantu, Bonino et Despine. Ce n'est pas le seul emprunt que M. Niepce ait fait à cette œuvre recommandable.

Permettez-nous encore, Messieurs, un mot de restriction dans l'éloge non de la statistique, mais de l'ensemble du livre. Il pourrait ou plutôt il devrait être mieux écrit. Quand l'homme croit devoir publier sa pensée, il faut qu'il lui donne de l'élévation. Les conceptions les plus justes, les recherches les plus laborieuses, les faits les plus positifs, les aperçus les plus judicieux perdent de leur puissance et de leur autorité, s'ils n'ont pour eux la recommandation du style. Tout savant qui tient à son service une langue comme la nôtre est en faute s'il ne sait y trouver les ressources sans lesquelles les meilleures œuvres, au fond, courent risque de ne point vivre. Ce n'est point une parure, mais un vêtement indispensable. Il faut que le corps soit irréprochable et le vêtement digne de le couvrir. A ce compte se font les bons livres dans les sciences comme ailleurs.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, M. Niepce a entrepris des études sérieuses, réuni des faits intéressants et a paru à votre commission mériter d'obtenir le titre qu'il sollicite près de vous.

Le scrutin a lieu ; M. Niepce réunit l'unanimité des 24 suffrages émis et il est élu membre correspondant.

M. Trélat donne lecture, au nom de la même Commission, d'un second rapport sur la candidature de M. le docteur Guggenbühl,

©BIUM

directeur de l'asile de l'Abendberg, canton de Berne (Suisse), au titre de membre correspondant.

Rapport de M. Trélat sur la candidature de M. Guggenbühl.

M. le docteur Guggenbühl a sollicité de vous, Messieurs, l'honneur d'appartenir à votre compagnie en qualité de membre correspondant. Vous avez chargé la même commission d'examiner et de vous faire connaître les titres de ce médecin.

M. Guggenbühl s'occupe uniquement du traitement du crétinisme, et à cet effet, et pour remplir la mission qu'il s'est donnée, il a acheté dans le canton de Berne, près d'Interlachen, sur l'Abendberg, à 1000 mètres au-dessus du niveau de la mer, et à 500 au-dessus des lacs de Thun et de Brienz, une propriété qu'on avait préparée pour une ferme-modèle.

Si l'on s'en rapporte à la voix publique, aux journaux suisses, piémontais ou allemands, aux rapports de commissions, et entre autres à celui de la commission sarde, surtout à la relation d'une visite que notre confrère Scoutetten a faite à l'Abendberg en 1856, des honneurs mérités ont été trouver dans sa retraite le docteur Guggenbühl. Les académies ont inscrit son nom parmi ceux de leurs membres correspondants, et la Société des sciences médicales du département de la Moselle a décidé, à l'unanimité, qu'elle le considère comme un des bienfaiteurs de l'humanité. — Le roi de Wurtemberg a visité son établissement.

Messieurs, quand des hommages publics sont rendus à une vie dévouée, il est doux d'y unir sa voix ; mais le devoir d'une commission est de sentir avant tout la responsabilité que son mandat lui impose ; elle doit moins envier ce qui est doux que ce qui est juste ; il faut qu'elle cherche et qu'elle produise tout ce qui est mérité, le mal comme le bien. Quand il y a du mal à signaler, la tâche est rude, mais elle doit l'accomplir, car alors en disant le mal, elle fait le bien.

Vous avez vu parmi vous M. Guggenbühl quand il est venu à Paris. Vous avez été frappés de la bienveillance de sa figure et de sa parole. Tout ce que nous savons de lui nous le signale comme un homme dévoué, actif, laborieux, consacrant tout son temps, tous ses efforts à son œuvre. Nous ne doutons pas qu'il n'apporte dans cette voie les intentions les plus consciencieuses ; mais il est fréquent de voir l'erreur de l'esprit à côté de la droiture du cœur. Il faut bien que nous vous signalions un fait.

M. Guggenbühl s'est donné la tâche de guérir les crétins ; enten-

©BIUM

dons-nous bien, non de faire cesser les causes qui les produisent (là serait la grande médecine), mais de guérir ceux qui existent, de les guérir, eux qui sont dépourvus, comme nous guérissons ou comme la nature guérit un aliéné qui est doué de ses organes ayant normalement fonctionné ou pouvant normalement fonctionner encore, comme nous voyons guérir un poumon frappé de pneumonie. Une disposition pareille devient aisément une passion. La volonté se concentre à un point tel que l'esprit s'aveugle. On veut des résultats, il faut des sujets d'observation, des sujets de bienfaisance; il en faut autant qu'on a donné carrière à sa philanthropie. On en manque, on en fera sans le savoir. C'est le danger de toute mission scientifique, entreprise et acceptée avec un peu trop de précipitation. Des médecins très compétents, qui ont visité l'Abendberg, ont été surpris d'y voir M. Guggenbühl présenter comme des types de crétins des enfants qui n'offraient aucun des caractères du crétinisme. Un de ces médecins, dont la voix a une grande autorité en pareille matière, n'a trouvé qu'un seul crétin dans l'établissement, le jour où il s'est présenté. Nous voulons croire que les autres étaient momentanément absents. Enfin, dans les pages pleines d'éloges pour M. Guggenbühl, ou plutôt dans le profond et religieux hommage qui lui est rendu dans le rapport sarde, nous trouvons cette phrase très significative pour nous :

« On ne doit pas se dissimuler que la lecture de ces heureux ré-
» sultats fait naître le doute que, parmi les enfants recueillis, il n'y
» en ait eu beaucoup qui n'eussent du crétinisme que l'apparence. »

Au bas de la même page de ce rapport, nous lisons en note l'extrait suivant du *Nouvelliste vaudois* :

« Il résulte d'une enquête officielle que la plupart des enfants de
» l'Abendberg ne sont pas des crétins, mais des scrofuleux facile-
» ment guérissables. »

Messieurs, l'erreur scientifique que nous vous signalons est grave, elle nous paraît incontestable; mais ne repoussons pas celui qui l'a commise. Laissons-le venir à nous pour qu'il la reconnaisse plus aisément, et qu'il nous rende témoins d'un dévouement non plus ardent et plus charitable, mais moins exubérant, plus sévère et plus utile.

La commission a l'honneur de vous proposer l'admission de M. le docteur Guggenbühl au nombre de nos membres correspondants.

On passe au scrutin; M. Guggenbülh obtient 18 suffrages sur 21 votes exprimés; en conséquence, il est élu membre correspondant.

©BIUM

Discussion sur les névroses extraordinaires.

M. Cerise fait la communication suivante :

M. Cerise. J'ai été appelé, il y a un mois environ, auprès de mademoiselle X..., en remplacement de son médecin, qu'une grave indisposition retenait chez lui. J'ai trouvé la jeune malade dans l'état que voici :

Elle a vingt-deux ans; elle est d'une impressionnabilité rare et a déjà eu des accidents nerveux au cœur, à l'estomac, à la poitrine; mais sa santé, durant l'automne dernier, était bonne. Après des travaux d'esprit et de vives préoccupations qui l'avaient fatiguée, elle a été prise de douleurs violentes à l'estomac; elles étaient intolérables vers la fin de décembre dernier. Les douleurs ne siégeaient pas seulement à l'estomac, mais encore à la partie correspondante du dos. Et ici il ne s'agit pas seulement d'épigastralgie, c'est-à-dire d'une souffrance musculaire ou cutanée de la région épigastrique (cette douleur était atroce), mais encore d'une souffrance incessante de l'estomac lui-même. Avec une soif intense, *une goutte d'eau* ne pouvait être avalée sans donner lieu à une exacerbation telle que la malade, à bout de patience, réclamait des moxas pour la distraire de cette douleur. Aucun aliment ne pouvait être pris. Une cuillerée à café de lait d'anesse causait d'extrêmes angoisses. La langue était rouge, fendillée; elle se dépouillait par plaques et offrait par-ci par-là de profonds sillons où le sang paraissait. Jamais le pouls ne s'élevait au-dessus de 72 pulsations par minute. Les nuits se passaient sans sommeil et dans la douleur. Impossibilité pour la malade de prendre une attitude assise et de se mouvoir à droite ou à gauche. Cet état résistait à tous les calmants imaginables. La méthode endermique donnait accès à la morphine sans apporter le moindre répit. Aucun révulsif ne révulsait le mal. Rien, rien ne réussissait à procurer une minute de soulagement. La malade et sa famille réclamèrent des cautères avec une nouvelle insistance. Je me mis en devoir d'en poser un au creux de l'estomac, et deux aux côtés de la colonne vertébrale, à la partie correspondante au creux épigastrique. C'est sous l'empire de cette petite opération que se révélèrent à moi les faits dont je veux vous entretenir.

La douleur produite par les cautères fut très vive; mais sous l'impression de cette douleur, la malade cessa tout à coup de manifester de la sensibilité, elle parut immobile autant qu'insensible; son corps était entré en contracture générale. Cette circonstance me rappela la malade de M. Puel, observation 150 de son Mémoire *De la catalepsie*, et je m'imaginai qu'à l'aide de légères frictions sur les

©BIUM

membres supérieurs, je ramènerais le relâchement des muscles, au moins sur ces membres. Pendant que je laissais les cautères achever leur action sous le bénéfice de l'insensibilité de la malade, je m'aperçus que le relâchement des muscles revenait spontanément, et que, à mon grand étonnement, la douleur ne se faisait pas sentir pour cela. Il y avait, cette fois, insensibilité à toute douleur, avec mobilité complète du corps. J'adressai la parole à la malade, qui me répondit, ce qu'elle n'avait pas fait auparavant. Elle était en somnambulisme. Ses paroles annonçaient un grand soulagement, et toute sa physionomie l'exprimait. Elle me dit qu'elle pourrait, cette fois, prendre quelque nourriture. Je nettoyai et couvris de sparadrap les parties cautérisées, et je tâchai de réveiller la malade. Réveillée, elle renouvela l'expression de son bien-être, et voulut essayer de la gelée de viande, qui fut tolérée.

C'était pour moi un trait de lumière que je désirais ne laisser ni inaperçu ni stérile; je résolus d'attendre et d'observer.

Il y avait quinze jours que la pauvre malade, malgré tous les secours de la pharmacie, n'avait obtenu aucun soulagement ni pris aucune nourriture. C'était beaucoup, à si peu de frais, d'obtenir un tel répit. Il ne fut pas de longue durée. Le lendemain, l'éphémère soulagement avait disparu. Je tentai de provoquer le somnambulisme de la veille. Rien ne fut plus aisé. La main de la malade dans ma main, pendant quelques secondes, suffit pour cela. Même soulagement de la malade, qui prenait ma main, la posait sur son estomac, ou sur son cœur, ou sur le sommet droit de sa poitrine, selon les circonstances, et qui, réveillée sur sa demande, conservait son bien-être du sommeil et pouvait prendre des aliments. Cette fois le soulagement fut de plus longue durée, le mal ne revint plus à son acuïté primitive, mais il revint. La famille insista et je continuai ce singulier traitement. J'en rendis témoin le médecin de la malade, qui persista, quoiqu'il ne fût plus empêché, à me la confier. Il avait une grande et ancienne affection pour toute cette famille; il sut résister à la révolte de sa raison et de son incrédulité pour laisser la nature opérer, selon ses caprices, le bien de la malade. Je continuai quelque temps encore; mais ce que j'avais obtenu pour les fonctions de l'estomac, il fallut l'obtenir pour le sommeil. Au lieu d'amener le somnambulisme avant le repas, je l'amenai à l'entrée de la nuit, et le sommeil obéit, comme avait obéi la digestion. Tout cela était beau, mais incomplet, hélas! L'état de la malade est amélioré, mais non guéri. L'amélioration s'arrêtera-t-elle? C'est ce que je vous dirai plus tard, quand je le saurai moi-même.

©BIUM

Je dois ajouter que, sur la demande de la mère de la malade, pour m'épargner les visites du soir, je laissai à celle-ci une de ses bagues, après l'avoir tenue dans mes mains quelques instants, avec la condition qu'elle la mettrait au doigt à dix heures précises. Elle le fit et s'endormit à peu près chaque fois; je dis à peu près, car le fait n'a pas été constant.

Il resterait maintenant à exposer la série des phénomènes qui se présentaient à mon observation pendant les accès provoqués. Il y avait quelquefois contracture générale, immobilité, insensibilité, comme le jour des cautères; cette contracture durait une minute, une demi-minute, et était remplacée par la roideur cataleptique, qui ne durait pas davantage. Pendant ces alternatives, la malade ne répondait point à mes questions. Tout à coup la contracture et la roideur cataleptique se transformaient en un relâchement général; alors la malade entendait et parlait. Plus ce dernier état triomphait des deux autres, plus le soulagement acquis était grand et durable.

Je dois ajouter que la malade connaissait l'état de somnambulisme, que je ne l'y plaçais que lorsque ma volonté de l'y placer s'était manifestée, et que ma volonté n'y faisait rien si je la dissimulais. Une fois seulement la malade a passé de la veille au sommeil névropathique par le fait seul de ma présence, sans que j'y eusse seulement songé. Quant à la bague, elle n'avait évidemment d'autre action que celle d'une évocation d'impressions.

Je crois que ce fait a de l'intérêt ; il doit servir à nous prouver que si nous n'avons pas à nous occuper du somnambulisme, ou mieux de la *somniloquence*, comme d'un état où s'accomplissent des miracles de lucidité, des vues à travers le temps et l'espace, de science infuse et infaillible, nous devons y voir une maladie qui, se substituant à d'autres, peut servir à modifier celles-ci. C'est en quelque sorte une névrose soumise, plus que les autres, à notre intervention médicale, soit pour en provoquer, soit pour en faire cesser les accès, et à l'aide de laquelle nous pouvions agir sur celles qui sont tenaces, difficilement curables et toujours inaccessibles à notre intervention. C'est donc au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique surtout qu'il faut envisager la question des névroses extraordinaires; c'est placé à ce point de vue que j'ai demandé à la Société la permission de la poser. J'attache peu d'importance aux questions de lucidité merveilleuse, car pas un fait de ce genre, au milieu de tous ceux qui ont été racontés, n'a servi à apporter des biens, à épargner des maux ni aux individus, ni aux familles, ni aux nations. A l'exception de celle de Jeanne d'Arc, l'histoire des névropathies profitables et lucides ne vaut pas la peine

©BIUM

d'être racontée. Quant à la lucidité de ma malade, elle manquait, ou plutôt elle aboutissait presque toujours à une erreur. Et pourtant mademoiselle X..., qui, il faut lui rendre cette justice, ne parlait que sous la forme du doute, ne s'occupait que de ce qui pouvait lui être bon, d'un bain, d'un potage, d'une sortie, dont le succès était loin de justifier la demande.

Je le répète, il s'agit pour nous de l'étude pathologique et thérapeutique des névroses, qui se caractérisent par des phénomènes extraordinaires et en apparence surnaturels d'intelligence, de sensibilité et de locomotion.

M. Adolphe Garnier. Vous vous rappelez, Messieurs, que la première fois que M. Cerise nous a parlé des névroses extraordinaires, il nous a exposé une expérience dans laquelle il était question d'une action particulière exercée au moyen de frictions, puis de l'application de la main, etc. Aujourd'hui, c'est une bague qui produit le même effet. Il y a donc là une sorte de loi. La cause serait l'influence du moral sur le physique. J'avais demandé la parole sur une communication de M. Lunier; relativement à cette observation, l'auteur lui-même nous a fait connaître des incidents qui peuvent infirmer un peu son témoignage. Ainsi la malade avait prédit une dernière crise qui jugerait la maladie, et les choses se sont passées tout autrement. Il m'a semblé que cet aveu, échappé à M. Lunier, méritait plus d'importance que celui-ci n'en a attaché à cette circonstance. — Un autre fait qui manque de valeur, faute de précision suffisante, est cette prédiction obscure d'un événement qui se passait à Paris le 3 décembre 1852. Sachant qu'il y avait lutte à Paris entre le peuple et l'armée, il était facile d'imaginer une prédiction où figuraient du sang, une lutte, le bruit des armes. Voici les observations que j'aurais voulu faire dans une autre séance sans l'heure avancée.

Quant aux expériences de seconde vue de Robert Houdin, il y a là, comme le faisait observer M. Peisse, un procédé psychologique très remarquable. Je suis très porté à croire, quant à moi, que le petit dictionnaire publié sur ce sujet a pour but d'égarer un peu le jugement des curieux. Il y a dans ce phénomène particulier simplement un effet de ventriloquie. Nous connaissons tous les effets de la ventriloquie; eh bien! c'était, je crois, le père lui-même qui faisait la réponse; le père n'était pas à côté du fils, et la réponse avait l'air de venir de loin. Je vous donne ma conjecture pour ce qu'elle vaut. J'ai vu, dans mon enfance, de telles merveilles de la ventriloquie par un nommé Fitz James qu'il m'a semblé pouvoir expliquer ainsi ces phénomènes dits de seconde

©BIUM

vue. Relativement aux faits singuliers produits par le fameux M. Home, nous savons maintenant qu'ils étaient le résultat de manœuvres habiles, et M. Dechambre vous a raconté comment ce personnage mystérieux s'était laissé prendre en flagrant délit de supercherie.

M. Maury. L'explication proposée par M. Garnier pour les phénomènes de seconde vue n'est pas vraisemblable ; j'ai constaté, en effet, des erreurs grossières qui ne s'expliqueraient pas si les choses se passaient comme il le suppose.

La discussion sur les névroses extraordinaires est à peu près terminée ; elle a eu, à mon avis, le tort de trop s'étendre. Une discussion de la nature de celle qui vient de se passer perdrait, d'un autre côté, beaucoup de son intérêt, si l'on n'y voyait, avec M. Cerise, qu'un moyen de chercher des applications médicales. Si jamais la Société veut reprendre cette question, il faudra qu'elle s'attache de préférenee au somnambulisme naturel. J'ai lu beaucoup de traités sur le sommeil, et je n'en connais aucun qui donne une exposition complète des phénomènes de ce genre de somnambulisme. On se trouvera alors sur un terrain plus sûr. Puisque la réalité de ces phénomènes est bien constatée, il suffit seulement d'en mesurer l'étendue et d'en définir les caractères. Au sein de la Société, nous pourrions réunir les éléments d'un pareil traité en faisant des faits du somnambulisme naturel une étude approfondie. La plupart d'entre nous, Messieurs, y sont mieux préparés que les personnes qui se livrent à l'étude de la philosophie pure. Des observations bien faites sur les phénomènes du somnambulisme naturel conduiraient à des résultats certains. J'invite donc la Société à mettre dans peu, à son ordre du jour, la question du somnambulisme naturel.

M. Peisse. Je n'ai qu'un mot à dire au sujet de l'explication de M. Garnier, de la seconde vue par la ventriloquie. Peut-on produire, par la ventriloquie, des sons aussi éclatants, aussi naturels que ceux qui sortent de la bouche d'un enfant. J'ai entendu des ventriloques ; c'est ordinairement une voix éteinte, paraissant venir d'un point plus ou moins éloigné. Cette voix factice n'a rien de la voix claire, parfaitement articulée de la voix d'enfant. Cette expérience se fait d'ailleurs dans tous les théâtres, foires, places publiques ; l'universalité de cet exercice plaide contre l'explication de M. Garnier. Les personnes qui ont voulu s'en occuper ont obtenu des résultats satisfaisants en se servant des petits dictionnaires qui ont été publiés. Ce n'est qu'un tour d'adresse mnémonique.

©BIUM

Sur la proposition de M. Baillarger, la Société déclare terminée la discussion sur les névroses extraordinaires.

M. le Président consulte la Société au sujet de la publication des éléments de la discussion sur les névroses extraordinaires; l'étendue des observations qui ont été produites et la nature même de ces observations ont nécessairement appelé l'attention du Comité de publication, qui a pensé qu'il fallait soumettre cette question à la Société elle-même.

Une discussion s'engage au sujet de cette publication entre MM. Dechambre, Archambault, Brierre de Boismont, Baillarger et Parchappe.

M. Parchappe voudrait que le compte rendu abrégé de cette discussion, rédigé par le secrétaire conjointement avec les membres de la Société qui y ont pris part, fût accepté d'abord par le Comité, puis soumis à la Société réunie.

Cette proposition, combattue par MM. Cerise, Baillarger et Dechambre, n'est pas prise en considération, et la question elle-même renvoyée au Comité de publication.

La séance est levée à six heures.

Séance du 22 février 1858.— Présidence de M. Cerise, vice-président.

La correspondance comprend :

Des lettres de remercîments de M. le docteur Rousseau, de l'asile d'Auxerre, et de M. le docteur Berthier, médecin des asiles Saint-Lazare et de la Madeleine, nommés dernièrement membres correspondants.

Une lettre d'excuses de M. Berville, que l'état de sa santé retient depuis plusieurs mois éloigné des séances de la Société.

Une lettre de M. le docteur Fabre, qui demande le titre de membre correspondant; M. Fabre adresse, à l'appui de sa demande, deux exemplaires de son *Traité du goître et du crétinisme.* (Commissaires, MM. Baillarger, Trélat, Bourdin, rapporteur.)

M. Ferrus, en inspection dans ce moment dans le département du Nord, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. le secrétaire donne lecture du procès-verbal de la précédente séance.

M. Parchappe demande la parole à l'occasion du procès-verbal :

Je regrette que le procès-verbal n'ait pas, dès à présent, reproduit la partie de la discussion sur les névroses extraordinaires, à propos de laquelle je demande à la Société la permission de présenter

©BIUM

quelques objections. Je crois néanmoins avoir assez attentivement écouté la communication de mon honorable collègue et ami M. Cerise, pour en avoir bien compris la portée et pour être certain qu'elle méritait de n'être pas laissée sans réponse.

Il m'a semblé que l'auteur de cette communication, en cherchant à restituer à la discussion la signification qu'il avait prétendu lui imprimer dès l'origine, avait eu pour intention principale de donner à cette discussion un but et une conclusion.

Suivant M. Cerise, la discussion aurait dû se circonscrire dans l'étude clinique, dans l'appréciation thérapeutique de l'action que certaines pratiques du magnétisme permettent d'exercer utilement sur les malades dans les névroses extraordinaires.

M. Cerise repousse le magnétisme comme théorie physiologique; il le flétrit comme moyen de satisfaire la curiosité, mais il l'accepte, jusqu'à un certain point, comme auxiliaire de la thérapeutique médicale.

Loin que cette manière d'envisager le magnétisme puisse être considérée comme exprimant la résultante de la discussion qui a eu lieu dans la Société, je crois qu'elle constitue une opinion toute particulière qui se ralliera peu de partisans, et que je suis très décidé à combattre énergiquement.

On croit ou on ne croit pas au magnétisme. Si l'on y croit, pourquoi ne l'étudier qu'à un point de vue? Toutes les questions que soulève le magnétisme se posent nécessairement devant ceux qui l'admettent. Que signifierait l'étude clinique et thérapeutique du magnétisme agissant sur des malades, si elle ne comprenait l'appréciation physiologique de l'agent et de ses effets?

Que les partisans du magnétisme s'y résignent; on n'est pas libre de ne croire qu'un peu au magnétisme. Si l'on y croit, il faut nécessairement y croire beaucoup; et si l'on s'en sert pour traiter les maladies, il faut se résoudre à chercher à se rendre compte de son action, sous peine de tomber dans l'empirisme le plus grossier. Ce qui ne veut pas dire que je méprise l'empirisme. Les médecins n'en ont pas le droit, surtout en thérapeutique. Mais je dis que dans les cas où il est légitime de recourir empiriquement à des remèdes, c'est un devoir pour le médecin de ne rien négliger pour s'élever jusqu'à une connaissance scientifique de leur action, d'où la nécessité, pour les médecins qui croient au magnétisme, de ne pas séparer les applications thérapeutiques de l'étude théorique.

Quant à ceux qui ne croient pas au magnétisme, leur situation est bien nette; ils repoussent tout ce qui s'y rapporte, et avant tout et par-dessus tout, les applications thérapeutiques.

©BIUM

Dans ce que j'ai à dire pour développer ma pensée, mon intention bien formelle et mon espoir bien fondé sont de ne blesser ici personne, et, moins que tout autre, un collègue que j'affectionne et que j'estime, et dont la communication intéressante n'a été, surtout pour moi, que l'occasion d'une protestation contre le magnétisme en général et contre ses applications thérapeutiques en particulier.

Le magnétisme peut être envisagé sous trois points de vue : le point de vue théorique, qui comprend l'appréciation physiologique et psychologique de son existence et de son action sur l'organisme; le point de vue historique, qui comprend la constatation des faits plus ou moins merveilleux attribués à l'intervention du magnétisme; enfin le point de vue pratique, qui comprend les applications qui pourraient être faites du magnétisme, et entre autres les applications thérapeutiques.

Toutes les fois qu'il s'agit de magnétisme, il n'est pas, à mon avis, ni raisonnable, ni même possible de supprimer absolument aucun de ces points de vue.

Si l'on doit s'occuper de magnétisme, c'est surtout et avant tout au point de vue théorique; car la théorie comprend les faits, elle les suppose, elle les explique, elle appelle l'expérimentation, elle motive les applications.

Si le magnétisme n'est qu'une fausse science, sa théorie est encore digne d'intérêt et d'étude; n'est-il pas indispensable de s'en occuper, même pour la réfuter?

Le point de vue historique ne peut pas non plus, sans de graves inconvénients, être négligé. Si les faits rapportés au magnétisme ne sont que des erreurs ou des fictions, ces erreurs et ces fictions font partie de l'histoire de l'esprit humain, au même titre que les faits erronés ou mensongers sur lesquels s'est appuyée, dans le passé, la croyance à l'astrologie judiciaire, à la sorcellerie.

Comment séparer les faits thérapeutiques des autres faits merveilleux attribués au magnétisme?

Et pourquoi dédaigner les faits magnétiques, quand tout le monde se préoccupe d'autres faits non moins merveilleux, que je n'aurais pas introduits ici, mais que j'y ai trouvés?

Pourquoi pas le magnétisme, quand nous avons les médium, les esprits frappeurs, les tables tournantes?

Tout cela est fort curieux, fort amusant et mérite également qu'on s'en occupe. Mais aussi, je le reconnais, c'est affaire de goût. Les uns sont pour Home, les autres pour M. Laurent, moi je préfère Robert Houdin.

Le point de vue pratique, sans contredit, devrait être et est en

©BIUM

effet, à certains égards, le côté grave de la question du magnétisme.

Des applications concevables du magnétisme, il en est qui seraient à la fois fort innocentes et fort utiles. De celles-là le magnétisme est parfaitement incapable. De quel profit, je le demande, la lucidité somnambulique a-t-elle jamais été pour les somnambules elles-mêmes et pour les autres?

A un certain moment, une somnambule aurait pu voir, à l'aide de ce qui, malgré le nom, serait bien plus qu'une double vue, le palais de Dehli assez clairement pour en compter les degrés et les colonnes, mais elle n'aurait pas vu les conspirateurs préparant l'insurrection.

Toutes ces facultés surnaturelles ne conduisent magnétiseurs et magnétisés qu'à l'ignorance et à la pauvreté.

N'est-il pas remarquable que tous ces faiseurs de merveilles, qui remplissent convenablement leur office quand ils amusent un public, deviennent tout à coup impuissants s'il s'agit de quelque œuvre utile!

Pourquoi ne pas mettre à profit toutes ces forces perdues? Pourquoi ne pas employer les médium, qui rendent les tables légères, à diminuer le poids des pierres de taille, si péniblement et quelquefois si périlleusement élevées au sommet de nos édifices? Pourquoi ne pas appliquer la force qui fait tourner les tables à mettre en mouvement les turbines pour sécher les étoffes et clarifier le sucre?

Rien de plus innocent, rien de plus louable que de telles applications! Pour moi, je les attends, je les appelle. Et le jour où je verrai un médium faire l'office d'une grue sur l'un de nos quais, j'applaudirai des deux mains.

Il n'en est pas de même des applications du magnétisme à la thérapeutique. Je ne nie pas simplement leur utilité, j'affirme qu'il y a danger à les approuver.

Je ne signalerai qu'en passant l'inconvénient grave qui, au point de vue de la décence et des mœurs, peut résulter de l'empire réellement pris, sous prétexte de magnétisme, par un homme sur de jeunes filles ou de jeunes femmes.

Mais j'insisterai sur l'inconvénient non moins grave d'un encouragement donné par l'exemple aux pratiques de ceux qui exploitent la crédulité publique.

En ce qui concerne les applications du magnétisme, si vous supprimez la thérapeutique médicale, vous supprimez à peu près tout. Les boutiques des somnambules sont les succursales de nos cabinets de consultation. Tout ce qu'on dit, tout ce qu'on croit des merveilles du magnétisme, ne sert guère qu'à une chose, à préparer,

©BIUM

à assurer la foi au pouvoir thérapeutique du magnétisme, à la lucidité médicale des somnambules.

On peut abandonner aux somnambules la recherche des bijoux perdus et des amants égarés. Mais ce qu'il ne faut pas leur céder, c'est le traitement des maladies.

Ceux qui ne croient pas au magnétisme doivent donc repousser, à propos de cette fausse science, plus que toute autre chose, l'efficacité prétendue de son application à la thérapeutique.

Et à ce sujet je me trouve ramené à la communication de mon honorable collègue, à qui, certainement, rien de ce que je viens de dire ne s'adresse, mais dont je combats l'opinion relativement à la tendance qu'aurait dû avoir et au résultat qu'aurait dû atteindre la discussion sur les névroses extraordinaires.

Dans les faits de modification ou de guérison de maladie que les partisans du magnétisme ne manquent pas de citer, ce que je nie, ce n'est ni la modification, ni la guérison, bien que souvent on pût le faire, mais c'est l'action du magnétisme.

Ainsi, dans l'observation qui nous a été communiquée par mon honorable collègue, je ne conteste pas les faits, bien que j'eusse désiré, pour leur accorder une valeur scientifique, beaucoup de choses qui n'ont pas été dites.

J'admets parfaitement que, chez une jeune fille atteinte de névrose, une diversion utile ait pu être produite par la main du médecin posée sur son front ou maintenue dans sa main, et même par l'anneau, donné pour remplacer, à heure fixe, cette action.

C'est là une influence exercée sur l'imagination, qui n'a besoin, pour être expliquée, que de la connaissance des lois ordinaires de la vie animée, et que tout médecin a eu, dans sa pratique, l'occasion de reconnaître ou même d'employer.

Qui de nous n'a pas été conduit, dans son ardente sympathie pour des souffrances nerveuses intolérables, à ajouter, pour obtenir un soulagement momentané, à l'action du regard et de la parole, une chaste pression de la main sur le front, sur l'épigastre d'une jeune fille ou d'une jeune femme?

Mais dans le résultat comme dans l'intention, rien de merveilleux, rien qui puisse être rapporté au magnétisme.

Quant à la provocation de l'état somnambulique par le contact de la main ou de l'anneau, que mon honorable collègue me permette sinon la contradiction, au moins le doute.

Les jeunes filles sont bien malignes, et j'ai eu souvent à me défier d'elles dans ma pratique médicale.

En ce qui concerne les faits magnétiques, d'après tout ce que j'ai

©BIUM

vu, entendu et lu, leur histoire me paraîtrait pouvoir se résumer ainsi : se tromper, être trompé, tromper.

Sans aucun doute ici, et toutes les fois qu'il s'agit de l'intervention d'un médecin, il ne peut y avoir lieu d'appliquer que les deux premiers termes de cette formule.

Mais ailleurs, et toutes les fois que se réunissent trois personnes au nom du magnétisme, il y a grande chance pour la réalisation des trois termes.

En définitive, je crois que la discussion sur les névroses extraordinaires aurait pu, aurait dû être renfermée dans les limites de la physiologie, de la psychologie, de la pathologie ordinaires. Les cas rares n'ont rien de plus merveilleux que ceux qui tombent sous l'observation de tous les jours. Pour moi, tout est merveilleux, même dans l'acte le plus simple de notre vie animée.

Mais si le magnétisme devait intervenir dans la discussion, je crois qu'il eût été très fâcheux de ne l'y admettre qu'à titre d'agent thérapeutique. Il eût été préférable sans doute, comme l'a fort judicieusement demandé M. Maury, qu'on s'occupât avant tout et même exclusivement, du somnambulisme naturel, dont l'existence ne saurait être contestée, et dont la connaissance scientifique est encore si imparfaite.

Ce qu'on ne devait pas faire et ce qu'avec raison on n'a pas fait, c'était de renfermer l'appréciation du magnétisme dans la sphère de ses applications à la thérapeutique.

Ce qu'il y a de plus contestable en médecine, ce sont les effets thérapeutiques. On guérit tout avec tout ; les maladies curables et les incurables avec la moutarde blanche et les passes.

Ce qu'il y a de plus incroyable dans les faits magnétiques, ce sont les cures de maladies.

Tout ce qu'on lit à ce sujet dans les archives du magnétisme révolte le bon sens. Ces somnambules, dont la vue est si perçante qu'elles voient l'intérieur du corps au travers de ses enveloppes, ne parviennent pourtant à y voir que des choses qui n'existent pas. Les remèdes que leur lucidité leur révèle sont insignifiants et ridicules. Que les somnambules se traitent elles-mêmes de leurs maladies, à la bonne heure ! Mais qu'elles ne se mêlent en aucune sorte des maladies des autres !

Pour moi, je nie absolument l'efficacité de toute thérapeutique magnétique, et je tenais à protester contre toute approbation donnée à son emploi.

M. Cerise. Je répondrai avec empressement au discours que vous venez d'entendre. Mais avant de commencer, je désire vous faire

©BIUM

comprendre comment notre savant collègue a pu, dans cette séance, rentrer dans un débat qui avait été clos dans la séance précédente. Cela m'importe beaucoup, dans l'intérêt de la réponse que j'ai à faire.

Le comité de rédaction avait décidé qu'il publierait, sous sa responsabilité, toutes les communications qui avaient été faites dans le cours de la discussion sur les névroses extraordinaires. Cette décision parut déplaire à quelques-uns de nos collègues. Ils regrettèrent que la protestation contre tout ce qui, dans le débat, avait été avancé de trop favorable aux prétentions du magnétisme animal, n'eût pas été assez énergique. Ils craignaient que la publicité donnée dans notre bulletin à des communications qu'ils trouvent excentriques, ne compromît la Société et ne fît servir son autorité scientifique à accréditer les jongleries des magnétiseurs et des somnambules. Ce soin de notre dignité a surtout préoccupé M. Parchappe. Le bureau, consulté par le comité de rédaction, a pensé qu'il serait convenable, à l'occasion du procès-verbal et malgré la clôture de la discussion, d'autoriser ces honorables collègues non à rouvrir le débat fermé, mais à y rentrer dans les limites d'une protestation développée. C'est ce que vient de faire notre honorable collègue. Je dois trouver bon que l'occasion ou le prétexte de rendre ce service à la Société lui ait été fourni par ma dernière communication; aussi ne prendrais-je point la parole s'il n'avait fait que frapper sur mon dos innocent des doctrines qu'il déteste et des faits qu'il conteste. Mais il a paru prendre plaisir à faire tomber sur moi les coups réservés aux autres, et à me constituer en quelque sorte l'éditeur responsable des excentricités qu'il repousse, et auxquelles, pas plus que lui, je n'ai donné mon assentiment. Il y a donc, de ma part, nécessité de répondre à son discours, non point parce qu'il y attaque le magnétisme animal, mais parce que, en l'attaquant, il enveloppe mes communications et les doctrines du magnétisme dans la même proscription, et cela en vertu d'interprétations un peu libres de mes paroles et de mes opinions.

Un mot maintenant sur l'ensemble du discours de M. Parchappe.

Il m'a d'abord blâmé d'avoir voulu éloigner du débat la question du magnétisme considéré au point de vue historique et psychophysiologique, pour n'en aborder que l'application thérapeutique. Pour justifier ce blâme, il s'est étendu sur le charme qu'aurait eu, pour lui, la question du magnétisme traitée à tous les points de vue. On dirait un fervent adepte. Un fervent adepte, en effet, n'aurait pas mieux parlé que lui dans la première partie de son discours.

Il m'a ensuite blâmé d'avoir attaché au magnétisme une importance pathologique et thérapeutique; mais cette fois mon savant

©BIUM

ami, sans s'inquiéter de l'apparente contradiction, a attaqué le magnétisme animal sous toutes ses formes, sous tous ses aspects, comme doctrine et comme pratique, et il l'a si bien attaqué, que je n'ai qu'à me féliciter, en premier lieu, d'avoir voulu bannir du débat toute question de magnétisme historique et psycho-physiologique, et, en second lieu, de n'en avoir pas dit un mot, de n'en avoir pas prononcé le nom en ce qui concerne la pathologie et la thérapeutique.

Car, remarquez-le bien, le mot *magnétisme* n'a jamais eu, dans ma bouche, les honneurs d'une mention, et cela parce que la chose n'a jamais été dans ma pensée. J'ai toujours évité avec soin de rien dire qui pût légitimer une interprétation fausse à cet égard. Je ne veux rien avoir de commun avec les hommes et les choses du magnétisme, à l'exception pourtant des faits vrais et des faits vérifiables. Ceux-ci ne sont pas à dédaigner, n'importe la bannière sous laquelle on les range. Le magnétisme dit animal est un ensemble d'assertions et de pratiques que je n'accepte point; c'est une théorie audacieuse, une explication mystique, une habitude de langage si vous voulez, relatifs à des faits souvent faux, presque toujours douteux; on en a fait, plus que cela, un procédé d'imposture et de charlatanisme. En voilà plus qu'il ne faut pour que, aimant par-dessus tout la vérité et l'honnêteté, je ne me sois jamais senti un attrait pour le magnétisme, et pour que jamais, même par un *lapsus linguæ*, je ne me sois laissé aller à le nommer dans mes communications diverses.

Mais sous cette dénomination à la fois absurde et compromise, n'y a-t-il rien, absolument rien qui soit digne de l'attention du médecin? Voilà la question, la véritable question. A-t-on sérieusement répondu aux vœux de la science et de la morale, quand, en présence de certaines maladies qui se présentent à notre observation impartiale et compétente, sans que nous les ayons cherchées ni provoquées, et dont l'évidence ne saurait être contestée par des esprits calmes et sincères, quand, dis-je, en présence de ces maladies, que les circonstances de la pratique médicale ont fait voir aux uns et n'ont pas fait voir aux autres, ceux-ci crient bien haut à la crédulité, à l'erreur et au mensonge! J'écarte la question de lucidité avec acquisition de facultés non-seulement extraordinaires, mais encore surnaturelles, ce qui est bien différent; personne ne la prend au sérieux parmi nous. Voir à travers le temps et l'espace infinis, ou à travers les blocs de matière opaque, c'est être en mesure d'acquérir des richesses que personne n'a acquises par ce moyen, c'est épargner à soi et aux autres des maux que personne n'a évités par cette voie, c'est donner un démenti à l'histoire des destinées humaines. J'en écarte bien d'autres, mais je réserve

©BIUM

celles qui touchent à des névroses extraordinaires, à des perturbations très rares du système nerveux, et qui, loin de faire exception aux données de la pathologie, ne font que les étendre et les développer. Il ne s'agit que de discerner ce qui peut être vrai de ce qui est faux. Je ne crois pas qu'il soit bon pour la science de nier ou de dissimuler des faits vrais, par cela seul que, en les adoptant, on accrédite l'erreur qu'ils ont peut-être aidée à vivre. Je laisse ce procédé à l'esprit de secte ou de parti, qui n'est pas l'esprit de science. S'il m'arrivait d'apercevoir un fait important, je l'observerais, je l'étudierais, j'en contrôlerais l'exactitude, et s'il me paraissait réel, il aurait beau donner de l'autorité à des impostures ou à des erreurs, je ne le repousserais ni ne le dissimulerais pas pour cela, convaincu que cette autorité ne peut être qu'apparente, que les esprits vulgaires et superficiels seuls se laissent aller à de pareilles méprises; je n'hésiterais pas à le faire connaître aux hommes compétents et sérieux qu'il pourrait intéresser. Il en résulterait très probablement un bien au lieu d'un mal, car le fait important, une fois mis en évidence, serait enlevé à la doctrine mensongère à laquelle il donnait crédit et appui, pour être amené à sa véritable place. Il ne faut jamais oublier que la science vraie doit s'emparer de toutes les choses réelles dont se pare la science fausse ; que pour le vrai savant, c'est faire acte d'habileté que d'être sincère et impartial. Quel mal y a-t-il à ce que la science fausse soit dépouillée de quelques parcelles de vérité au profit de la science vraie, et qu'il ne lui reste que le mensonge et l'erreur.

Telle est ma manière de voir sur les névroses extraordinaires, dans leurs rapports avec ce qu'on appelle le magnétisme animal. Il y a des faits pathologiques, à mes yeux réels, et sur lesquels les magnétiseurs appuient leurs assertions. Je dégage ces faits à mesure qu'ils se produisent à mon observation, je les détache de la doctrine qui les dénature et de la pratique qui les exploite, pour leur faire occuper, dans la névropathologie, la place qui leur appartient. J'enlève ainsi au charlatan ce qui est du domaine du médecin, et à la fantaisie ce qui est du domaine de la science.

Voilà pourquoi, il y a plus d'un an, j'ai évoqué dans cette enceinte la question des névroses extraordinaires, sans m'inquiéter, en présence de collègues éclairés et bienveillants, de l'interprétation que pouvaient recevoir mes diverses communications.

Vous vous souvenez que, à la suite d'une observation de M. Delasiauve, relative à un jeune épileptique, la Société avait posé la question de l'*extase*, de la *catalepsie* et de l'*hallucination*. Vous vous souvenez encore que, après une discussion qui occupa quinze

©BIUM

ou dix-huit séances, et dans laquelle on ne s'était occupé que de la théorie de l'hallucination dite pathologique, la discussion fut close à la grande satisfaction de tous. Vous vous souvenez enfin que l'extase, la catalepsie et l'hallucination dite physiologique ou lucide ayant été entièrement oubliées dans la discussion précédente, je demandai la permission de les ramener sur la scène. Avec votre assentiment, je reproduisis la question sous ce titre : *Des névroses qui se caractérisent par les phénomènes extraordinaires, en apparence surnaturels de l'intelligence, de la sensibilité et de la locomotion.* Ainsi posée, la question, généralisée, comprenait non-seulement l'extase et la catalepsie, qui sont des névroses muettes, mais encore une névrose somniloquente, non encore mentionnée parmi nous, et qui, avec des formes variables, est connue sous le nom de *somnambulisme* La pente était glissante, je le reconnais ; on y a glissé, je le reconnais encore. La névrose somniloquente devait entraîner à sa suite le magnétisme, plutôt par la force de l'habitude que par la logique des choses. Je ne m'en plaindrai pas, surtout après le discours de M. Parchappe, qui me fournit l'occasion de revenir sur les idées que j'ai exposées sur ce sujet.

A mon avis, et je n'ai en ceci que l'observation pour guide, je crois qu'il existe un certain groupe de névroses ayant entre elles des affinités étroites, et qui se transforment avec la plus grande facilité les unes dans les autres. Ce groupe comprend l'extase, la catalepsie, l'hallucination dite physiologique, d'intenses et tenaces viscéralgies ou myosalgies, des contractures générales ou partielles, quelques formes de la chorée, le délire hystérique, et, il faut bien le mentionner, le somnambulisme ou la névrose somniloquente. Rien n'est remarquable comme cette aptitude de transformation, non-seulement dans le cours de la maladie générale, mais encore dans le cours d'un accès. La malade dont je vous entretenais dans la dernière séance présentait successivement, et dans quelques minutes, tous ces divers états pathologiques. J'ai vu de cette transformation deux nouveaux exemples depuis la dernière séance ; j'en ai rapporté trois lorsque, au début de cette discussion, je vous ai raconté l'observation de la cataleptique de l'hospice des aliénés de Turin, celle de la pauvre fille, qui fut successivement choréique, hystérique, cataleptique, somnambule et aliénée, et celle de la malheureuse femme, qui passait du somnambulisme provoqué à des accès hystéro-épileptiformes, et qui succomba plus tard aliénée. Cette aptitude de transformation a existé dans toutes les maladies dont je devais vous entretenir, et dont je vous ai épargné le récit, aimant mieux laisser le débat s'engager, n'ayant eu, en le commen-

©BIUM

çant, d'autre ambition que de le provoquer et d'y voir prendre part le plus grand nombre de mes collègues. Mais je reviendrai un jour sur ce sujet spécial de mes études, que je ne veux pas approfondir aujourd'hui, et j'aurai à vous demander alors le contrôle de vos lumières et de votre expérience.

Ce dont il s'agit aujourd'hui, c'est d'établir que la névrose dite somnambulisme intervient d'une manière positive dans les transformations du groupe dont j'ai parlé, et que cette intervention a, à mes yeux, une grande importance *thérapeutique*. Voilà le grand mot qui m'a valu la verte réprimande de notre collègue M. Parchappe. Eh bien! oui, l'apparition de la névrose dite somnambulisme dans la série des transformations du groupe des névroses très rebelles et très tenaces dont j'ai parlé, est quelquefois une bonne fortune pour le médecin qui sait la saisir au passage et s'en servir; elle est quelquefois une porte ouverte au soulagement, sinon à la guérison radicale du groupe entier. Par cette porte, il peut entrer dans tout le groupe à peu près quand il lui plaît. C'est ce que j'ai démontré dans la dernière séance, en vous racontant l'apaisement que j'apporte, dans les plus douloureux symptômes d'une longue maladie, en amenant à volonté, sur la scène pathologique, la névrose même à l'existence de laquelle M. Parchappe ne croit pas. Je sais, hélas! comme lui, que tout moyen peut avoir les honneurs de la guérison et du soulagement, mais je sais aussi à quoi m'en tenir sur les règles d'une saine expérimentation en thérapeutique. Je suis là-dessus d'une moins facile composition que beaucoup de mes honorables confrères.

Mais de ce que l'apparition du somnambulisme dans la série des transformations d'un groupe de névroses, peut servir à la thérapeutique, en amenant le soulagement ou la guérison du groupe entier, s'ensuit-il que le *magnétisme* en soit l'indispensable agent? Voilà ce que je n'ai jamais dit ni pensé; voilà ce que M. Parchappe me reproche.

J'ai dit il y a un mois et je le répète aujourd'hui, que, pour être provoqué, le somnambulisme, tel que je le connais, doit être, chez le sujet déjà malade, à l'état de prédisposition imminente, tellement imminente qu'il puisse à chaque instant se produire spontanément. Telle était la prédisposition de la jeune malade soignée par Broussais, et qui, sous ses yeux et les miens, tombait en somnambulisme loquace par le seul fait du bruit de la chute d'une chaise. J'ai dit, et je le répète, que cette provocation, quand elle a eu lieu de ma part, n'a jamais réussi sans l'intervention positive de la pensée des malades. Jamais, chez la malade dont je vous ai parlé dans la dernière

©BIUM

séance, ma volonté n'a rien produit quand je la lui laissais ignorer. Toujours la névrose somniloquente se produisait, lorsque, n'en ayant point la volonté, je la simulais par le geste, par l'attitude, par le regard. Quelquefois malgré ma volonté, et en l'absence de toute démonstration extérieure, l'effet non recherché a été produit par ma seule présence, ce qui s'explique par l'excessive aptitude à l'association des impressions, que l'on remarque dans certaines affections nerveuses. Ma personne, qui avait concouru à amener volontairement un accès, en devenait, dans ce cas, l'occasion involontaire. C'est la vue d'un objet, c'est un son, une odeur qui rappellent des choses oubliées, qui ramènent des émotions évanouies. Ainsi s'explique pour moi, et en partie pour la malade elle-même, l'effet de la bague, qui mise au doigt à dix heures, chaque soir, ramène chaque nuit le calme et le sommeil.

Vous le voyez, je ne mérite ni les caresses des adeptes du magnétisme, ni les coups de M. Parchappe; j'ajoute que j'aime mieux ceux-ci que celles-là, mais j'aime mieux la vérité, ce que je crois la vérité.

M. Parchappe a cru que j'avais non-seulement commis la faute de préconiser l'intervention du magnétisme dans la thérapeutique, mais encore que j'avais eu la prétention de fournir à la discussion, qui allait être close, un résumé et des conclusions. Je n'ai eu d'autre prétention que d'énoncer sommairement le résultat de mes observations personnelles.

M. Parchappe, en frappant sur mon dos ami et innocent une doctrine qu'il condamne, a jugé convenable de ne pas m'épargner ses coups. Heureuseusement ces coups ne m'ont pas atteint; je crois avoir prouvé qu'ils ne pouvaient m'atteindre.

M. Garnier. Nous sommes très en dehors de notre ordre du jour. Il est sans exemple qu'on puisse rentrer ici dans la discussion à propos du procès-verbal. Je demande qu'on décide, dans chaque séance, ce qu'on doit faire dans la séance suivante. Comment n'avons-nous pas un ordre de travaux régulièrement suivi?

M. Cerise, vice-président. Il avait été à peu près convenu que M. Parchappe demanderait la parole à propos du procès-verbal. Du moment où il avait été décidé qu'on publierait tous les travaux communiqués dans le cours de la discussion sur les névroses extraordinaires, on devait laisser une plus grande latitude à ceux qui jugeraient convenable de les réfuter. Le Bureau a d'ailleurs pour devoir de provoquer des travaux; mais quand il n'y en a pas, faut-il se déclarer en vacances? Ne vaut-il pas mieux accepter avec empressement les travaux qui viennent se produire sans avoir été annoncés,

©BIUM

et laisser s'engager des discussions sur les points controversés de la science (1)?

M. Brierre de Boismont. Nous avons trouvé très grave la décision prise par le comité de publication, et c'est pour cela que nous avons voulu réserver la parole à M. Parchappe, pour qu'il pût protester contre certaines doctrines qui ont été émises dans notre récente discussion.

M. Parchappe. J'ai fait une pause après avoir demandé la parole; la Société l'a vu et m'a permis de parler, d'accord avec son président.

M. Legrand du Saulle fait hommage à la Société d'un exemplaire du règlement administratif de l'asile public d'aliénés du Pas-de-Calais, au nom de M. le docteur Teilleux, directeur de cet établissement et membre correspondant de la Société; puis il dépose sur le bureau la thèse inaugurale de M. le docteur Valéry Combes, ancien interne de l'asile départemental de Maine-et-Loire. Ce dernier travail est intitulé : *De la marche de la folie.*

M. Legrand du Saulle donne ensuite lecture d'un rapport détaillé sur la candidature de M. Dagonet au titre de membre correspondant.

M. Brierre de Boismont. M. Dagonet a critiqué un passage d'un de mes écrits, à l'occasion de l'importance que j'ai attribuée au remords dans la production de l'aliénation mentale; je n'ai pas mis le mot *souvent* sans de bonnes raisons. Plus d'une fois j'ai vu des femmes finir par l'aliénation mentale, parce que leur conscience religieuse leur reprochait des amours illégitimes.

Quant aux aveux qui surviennent dans le cours de l'aliénation, j'en ai vu aussi quelques exemples; je me rappelle surtout une femme à laquelle des aveux, échappés dans son délire, ne permirent pas de rentrer dans la maison de son mari. Sa mère dut lui indiquer la cause de cette mesure nécessaire. La jeune femme ne fit aucune observation, et se contenta de répondre : « Qu'on me ramène dans la maison de santé de M. Brierre de Boismont. » Des accidents aigus survinrent, la malade refusa les aliments, et bientôt, malgré tous les soins, la mort mit fin à sa malheureuse existence.

M. le Président proclame le résultat du scrutin sur la candidature de M. Dagonet.

M. Dagonet, sur 22 suffrages émis, en a obtenu 19; il est élu, en conséquence, membre correspondant de la Société.

La séance est levée à six heures un quart.

Le secrétaire particulier, CH. LOISEAU.

---

(1) Voyez aux VARIÉTÉS, page 332.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE.

Du suicide : statistique, médecine, histoire et législation, par M. le docteur E. LISLE. — 1 vol. in-8 de 488 pages, 1856, chez J.-B. Baillière.

La question du suicide choisie, il y a environ dix ans, par l'Académie de médecine pour sujet du concours Civrieux, a fait éclore plusieurs bons travaux dont ce journal a déjà rendu compte. L'ouvrage de M. Lisle, le dernier publié, n'est pas le moins remarquable. Dans le principe, et tel qu'il fut envoyé à la rue des Saints-Pères, il était moins étendu. Sans avoir rien changé à la partie qui fut couronnée par l'Académie en 1848, l'auteur y a ajouté plusieurs chapitres qui peuvent paraître, au premier abord, une sorte de superfétation, qui intervertissent même un peu l'exposition logique du sujet, mais qui, en revanche, complètent et fortifient beaucoup les conclusions tirées des faits contenus dans l'autre partie du livre.

Un des premiers points abordés et élucidés par M. Lisle est celui-ci : Le suicide est-il toujours un signe de folie? Si jadis les théologiens, les moralistes et les jurisconsultes ont pu se tromper en faisant une part trop large au libre arbitre dans l'acte en vertu duquel l'homme attente à sa vie, naguère et comme par une sorte de réaction, des auteurs, tous médecins, ont cherché, comme on le sait, à soustraire le suicide au domaine de la responsabilité morale. L'auteur fait preuve d'un esprit droit et judicieux en combattant cette dernière opinion. Non-seulement il s'efforce de réfuter tous les médecins qui font du penchant au suicide et de l'acte en lui-même un signe de folie ou une forme particulière de la folie, mais il s'occupe encore de découvrir la cause d'un tel malentendu ou d'une si grossière erreur. Or cette cause il croit la trouver, et selon nous avec raison, dans un champ d'observation trop rétréci, car la plupart des auteurs qui se sont déclarés les partisans du système exclusif dont il s'agit, ont presque tous étudié le suicide, non pas dans le monde, mais seulement dans les établissements d'aliénés.

Pour arriver à une plus juste interprétation des choses, pour établir avec quelque apparence de rigueur que le suicide, tout en dépendant souvent d'une maladie, peut tenir aussi à une cause plus générale, à une sorte de perturbation dans les lois qui régissent les

©BIUM

sociétés modernes, il fallait agrandir le domaine des faits. C'est la méthode qu'a suivie M. Lisle en prenant les statistiques officielles pour bases de ses recherches.

Depuis l'année 1827, en France, le ministère de la justice publie des tables où se trouve enregistré annuellement le nombre des suicides accomplis dans chaque département. Une addition importante fut faite à ces documents, en 1835, par les ordres de M. Barthe. Au lieu de se borner à la simple indication du chiffre, il joignit celle du sexe, de l'âge, de la profession de ces malheureux ; il fit même mentionner le mois dans lequel survient l'acte et le moyen à l'aide duquel on l'opère. Grâce à ces comptes rendus aussi exacts qu'ils puissent être et qui comprennent une période de dix-sept années, l'auteur, par un travail minutieux d'analyse, examine successivement toutes les questions qui se rattachent de près ou de loin au problème qu'il se propose d'élucider.

Et d'abord dans le premier chapitre du livre, chapitre qui est consacré aux causes éloignées, il étudie le suicide dans sa distribution géographique sur le sol de la France, dans l'influence qu'exercent sur ce fait social les climats, les saisons, les âges, les sexes, les professions, les degrés d'instruction, etc. Des faits qu'il rapporte et analyse dans ce chapitre, il résulte que le nombre des suicides augmente tous les jours en France ; que les suicides sont d'autant plus fréquents dans chaque département que celui-ci est plus rapproché de Paris ; que l'influence des climats est nulle ou tout au moins extrêmement faible ; que le printemps et l'été sont les deux saisons où l'homme cherche le plus souvent à attenter à ses jours ; que, contrairement à l'opinion généralement accréditée, le suicide augmente constamment depuis l'enfance jusqu'à la plus extrême vieillesse ; qu'il est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes ; enfin qu'il est faux que l'instruction en soit le préservatif, puisque parmi les professions celles qui supposent le plus d'ignorance sont précisément les plus privilégiées sous ce rapport, d'où l'on est contraint d'induire au contraire que le suicide se manifeste en raison directe du degré de culture de l'intelligence.

Le chapitre deuxième rentre plus directement dans le domaine de la médecine, car il y est question des influences immédiates, de ce qu'on appelle, en langage d'école, les causes occasionnelles.

Ici encore l'auteur puise les éléments de ses recherches dans les comptes de la justice criminelle. Seulement la statistique n'a pas, sur ce point, toute la valeur qu'elle offre sur les autres. Il est, en effet, moins facile d'apprécier le véritable motif qui pousse quelqu'un à sa propre destruction, que de constater l'âge, le sexe, le

©BIUM

département des suicidés. Mais M. Lisle ne s'illusionne pas à cet égard. Il recommande lui-même de ne pas attacher une trop grande importance aux chiffres de son seizième tableau, attendu que, malgré leur exactitude extrinsèque, ils ne renferment au fond qu'une partie de la vérité. Il range, du reste, toutes les causes occasionnelles en cinq classes distinctes, dont les trois premières sont pour lui parfaitement compatibles avec l'intégrité de la raison. Cependant, bien que soutenant l'opinion contraire à celle qui fait du suicide une forme particulière de la folie, et bien que regardant cet acte comme un simple épiphénomène, un accident purement secondaire dans cette maladie, il n'en est pas moins conduit à reconnaître que, dans la cinquième classe des causes occasionnelles, classe qui comprend l'aliénation mentale, la monomanie et la fièvre cérébrale, le chiffre est beaucoup plus élevé que dans chacune des autres, plus fort surtout que dans les classes où entrent la misère, les revers de fortune, les embarras d'affaires, les chagrins domestiques, l'amour, la jalousie, l'inconduite.

Après avoir engagé une polémique, ferme quoique modérée, avec les partisans de la doctrine exclusive dont je viens de parler, et, d'une autre part, après avoir consacré un article plein d'intérêt à cet acte envisagé comme conséquence de la spermatorrhée, l'auteur passe au chapitre troisième qui concerne les moyens préservatifs et curatifs. Il ne devait qu'effleurer le traitement proprement dit, car il fallait se montrer conséquent. Or M. Lisle fait du suicide, comme je l'ai dit, un accident et non pas une maladie, ce qui ne veut pas dire que le suicide ne soit point, à certaines époques, une véritable maladie sociale. Quant aux moyens préventifs qu'il préconise, ils sont en petit nombre. Le meilleur, à mon avis, consiste dans l'appel au sentiment religieux et aux doctrines qui s'y rattachent. Ce remède vient naturellement à la pensée quand on jette un coup d'œil sur le mal dont il s'agit considéré dans l'histoire, et il surgit avec la plus grande évidence des études particulières de l'auteur sur le suicide chez les Grecs et les Romains dans l'antiquité, et chez les modernes depuis le moyen âge jusqu'au commencement du XVIII[e] siècle. Nous applaudissons aussi de toutes nos forces au blâme de M. Lisle relativement à l'insouciance pleine de danger avec laquelle les divers gouvernements laissent les journaux maîtres de publier tous les cas de suicide ; mais nous ne nous associons pas aussi complétement au vœu qu'il formule, sous l'égide de quelques magistrats, je veux parler de l'urgence d'une loi contre le suicide. Indépendamment de l'atteinte qu'une telle loi, comminatoire ou répressive, porterait à la liberté humaine, répondrait-elle suffisamment au but

©BIUM

proposé? En faveur de l'affirmative, je sais qu'on pourrait invoquer l'expérience faite chez quelques peuples de l'antiquité. Toutefois, en s'en tenant exclusivement à l'expérience contemporaine, il n'est nullement démontré qu'en Saxe, en Prusse et en Danemark par exemple, où le corps de tous les suicidés est livré, comme châtiment, aux dissections anatomiques, il n'est nullement démontré que dans ces pays le suicide soit relativement moins fréquent qu'en France.

En résumé, l'ouvrage de M. Lisle se recommande par d'excellentes qualités : une érudition saine, une méthode rigoureuse, un jugement droit et impartial, un style ferme et simple; il sera donc lu non-seulement avec fruit, mais encore avec un certain attrait, par tous les lecteurs que le sujet intéresse.

Dr MICHÉA.

©BIUM

VARIÉTÉS.

M. le docteur Marchant, professeur de médecine légale à l'École préparatoire de Toulouse, vient d'être nommé directeur-médecin du nouvel asile d'aliénés de la Haute-Garonne.

— M. le docteur Delaye est nommé médecin honoraire du même établissement.

— M. le docteur Mérier, médecin en chef de l'asile de Maréville, est nommé directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Fains (Meuse).

— M. Barroux, directeur de l'asile de Fains, est nommé directeur de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

— M. le docteur Teilleux, directeur de l'asile de Saint-Venant, est nommé médecin en chef de l'asile de Maréville (division des hommes).

— M. le docteur Auzouy, médecin de l'asile de Fains, est nommé médecin en chef de l'asile de Maréville (division des femmes).

— M. le docteur Rœber, médecin adjoint de l'asile de Maréville, est nommé directeur-médecin de l'asile départemental de Saint-Lizier (Ariége).

— M. le docteur Émile Blanche a été nommé chevalier de l'ordre de Charles III, d'Espagne.

— Dans ses dernières séances, la Société médico-psychologique a nommé :

Membre titulaire : M. Paul Janet, professeur de logique au lycée Louis-le-Grand ;

Membres correspondants nationaux : M. le docteur Berthier, médecin des asiles d'aliénés de Bourg ; M. le docteur Niepce, médecin inspecteur des eaux d'Allevard ; M. le docteur Dagonet, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg ; M. le docteur Fabre, à Meironnes (Basses-Alpes) ; M. le docteur Auzouy, à Fains ;

Membre correspondant étranger : M. le docteur Güggenbuhl, à l'Abendberg (Suisse).

— Dans sa séance générale annuelle, l'Académie des sciences a accordé un prix de 2,500 francs à M. le docteur Morel, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon, pour son *Traité des dégénérescences.*

— *Souscription en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.* — MM. Alfred Maury, 10 fr.; Bourdin, 5 fr.; Brierre de Boismont, 60 fr.; Loiseau, 10 fr.; Pinel (Casimir), 10 fr.; Calmeil, 20 fr.; Ferrus, 30 fr.; Schnepf, 5 fr.; Baillarger, 50 fr.; Blanche, 50 fr.; Trélat, 10 fr.; Ott, 5 fr.;

©BIUM

Delasiauve, 10 fr.; Cerise, 10 fr.; Peisse, 10 fr.; Archambault, 20 fr.; Moreau (de Tours), 10 fr.; Falret père, 50 fr.; Falret (Jules) 50 fr.; Voisin, 50 fr.; Morel (de Rouen), 15 fr.; Brochin, 10 fr.; Legrand du Saulle, 10 fr.; Beaume (de Quimper), 10 fr.; veuve Follet, 10 fr.; Lesbros, interne à l'asile de Quimper, 2 fr.; un anonyme, 5 fr.; Dugrand-Launay (de Saint-Dizier), 10 fr.; Seraine (de Niort), 10 fr.; Reber (de Maréville), 10 fr.; Thore (de Sceaux), 10 fr.; Morel (deuxième souscription), 15 fr. — Total : 592 fr.

Les souscriptions sont reçues chez MM. Brochin, rue Larrey, 1, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 10.

— M. le prince Alexandre Tortonia vient de fonder à ses frais une chaire de pathologie mentale à l'Université de Rome. Il y a mis seulement la condition que M. le docteur Monti, médecin de l'asile d'aliénés d'Ancône, serait le premier professeur titulaire.

— Le banquet annuel de la Société médico-psychologique a eu lieu le 26 avril 1858, dans les brillants salons des Frères Provençaux. La réunion était presque au complet et se composait des membres dont les noms suivent : MM. Archambault, Baillarger, Blanche, Brierre de Boismont, Brochin, Buchez, Cerise, Dechambre, Delasiauve, J. Falret, Ferrus, Fournet, Garnier, Hubert-Valleroux, Janet, Legrand du Saulle, Lisle, Loiseau, Michéa, Moreau, Ott, Parchappe, Peisse, Pinel, Rota, Schnepf, Trélat, Voisin.

MM. Lunier, médecin directeur de l'asile de Blois, membre correspondant, et Victor Masson, éditeur des *Annales médico-psychologiques*, étaient également au nombre des convives.

Au dessert, MM. Baillarger, président, Adolphe Garnier, Cerise, Peisse, Ferrus, Archambault ont, dans de chaleureuses allocutions qui ont été très applaudies, indiqué les caractères, les phases et le but de la Société. Le secrétaire général a porté un toast à la continuation de l'alliance entre la médecine et la philosophie, qui avait si heureusement commencé dans le sein de la réunion. Il a signalé l'extension que prenaient les travaux des *Annales médico-psychologiques* et de la Société dans les ouvrages philosophiques les plus estimés et dans les grandes revues littéraires. Il a ensuite manifesté le désir que le banquet ne fût plus limité aux membres résidents, et, interprète des sentiments de la Société, il a fait la proposition que les médecins attachés aux asiles fussent désormais invités à se réunir à leurs confrères de Paris.

Nous croyons qu'il serait convenable de choisir cette solennité pour la lecture du rapport du secrétaire général sur les travaux de l'année, et de reprendre le projet de fonder, comme en Angleterre, aux États-Unis et en Allemagne, une association générale des médecins d'asiles, qui renouerait les liens confraternels et rendrait de véritables services.

Des remerciments ont été votés à MM. les commissaires Belhomme, Brierre de Boismont et Legrand du Saulle.

On s'est séparé à onze heures, en se donnant rendez-vous pour l'an prochain.

©BIUM

— La question du crétinisme, pour laquelle M. le docteur Ferrus a institué un prix de 500 francs, a été remise au concours à la Société médico-psychologique, depuis le 29 juin 1857, sous ce titre :

« Examen comparatif du crétinisme, de l'imbécillité et de l'idiotie, au » triple point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie et de l'ana- » tomie pathologique. »

Les mémoires devront être déposés avant le 19 janvier 1859 à l'adresse du secrétaire général de la Société médico-psychologique, ou chez M. Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine. Ils seront écrits lisiblement, en latin ou en français, et accompagnés d'une enveloppe cachetée, reproduisant à l'extérieur l'épigraphe placée en tête du manuscrit, et à l'intérieur le nom de l'auteur. Ils ne seront point reçus s'ils ne remplissent ces deux conditions. Sont seuls exceptés du concours les membres titulaires de la Société et les membres correspondants demeurant à Paris.

— La Société allemande de psychiatrie propose la question de concours suivante : *Quel est le traitement qu'il convient d'instituer au début des affections mentales?* Les mémoires, écrits en allemand, en français ou en latin, doivent être adressés, avant la fin de 1858, au docteur Erlenmeyer, secrétaire de la Société, à Bendorf, près Coblence. Le prix est de 100 thalers (environ 375 francs).

Nécrologie. — Nous avons à enregistrer aujourd'hui la perte d'un honorable confrère bien connu de nos lecteurs, et par le nom deux fois illustre qu'il a reçu en héritage, et par ses propres travaux, qui auraient suffi, sans cet heureux privilége, pour le soustraire à l'obscurité. M. Ant.-Laur.-Jessé Bayle, neveu de H.-L. Bayle que ses travaux en anatomie pathologique ont placé au premier rang des médecins de ce siècle, et arrière-neveu de l'auteur du *Dictionnaire historique*, vient de succomber à une courte maladie à l'âge de cinquante-neuf ans. M. Bayle a débuté en 1822 d'une manière brillante dans la carrière médicale, à l'expiration de son internat à la maison royale de Charenton, par sa dissertation inaugurale sur la *méningite chronique primitive*. Dans ce remarquable travail, il faisait connaître une maladie jusque-là peu étudiée, bien que, d'après les dernières statistiques, elle atteigne chaque année plus de dix mille individus en France ; nous voulons parler de la paralysie générale des aliénés. Depuis cette époque, poursuivant ses recherches sur le même sujet, il a publié successivement, en 1825, un mémoire intitulé : *Nouvelle doctrine des maladies mentales* ; en 1826, le *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, ouvrage couronné par l'Académie des sciences, et en 1854 un mémoire *sur la cause organique de l'aliénation avec paralysie générale.*

M. Bayle a publié en outre, de 1828 à 1837, un recueil de mémoires sur le traitement des maladies, sous le titre de *Bibliothèque de thérapeutique*. L'*Encyclopédie des sciences médicales*, qui a eu une si notable influence sur la direction des études médicales, a été publiée sous sa direction.

©BIUM

Il était l'auteur du petit *Traité élémentaire d'anatomie* qui, depuis plus de trente ans, est entre les mains de tous les étudiants, et qui en est aujourd'hui à sa sixième édition.

Enfin, sans parler d'un grand nombre de mémoires sur les différentes branches de la médecine, insérés dans la *Revue médicale*, dont il a été longtemps un des principaux rédacteurs, M. Bayle a résumé en quelque sorte tous ses travaux dans deux ouvrages récents qui portent plus particulièrement le cachet des doctrines qu'il a toujours cherché à faire prévaloir. Ce sont : le mémoire qu'il a lu en 1855 à l'Académie de médecine *sur un signe général des altérations du sang dans les maladies*, et les *Éléments de pathologie médicale* ou *Précis de médecine théorique et pratique écrit dans l'esprit du vitalisme hippocratique*.

M. Bayle était agrégé libre et ancien bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'honneur et officier de l'ordre du Sauveur.

— On nous écrit de Wakefield que M. le docteur John Septimus, médecin en chef de l'asile des aliénés de West-Riding, est décédé le 28 janvier dernier, à l'âge de quarante et un ans.

— M. Baillarger a commencé le 11 avril son cours de clinique des maladies mentales; il le continuera tous les dimanches à neuf heures du matin, à l'hospice de la Salpêtrière.

Les rédacteurs-gérants,
BAILLARGER, CERISE et MOREAU (de Tours).

Au moment où nous mettons sous presse, nous recevons de M. le secrétaire particulier de la Société médico-psychologique, avec prière de l'insérer, la petite note suivante :

Résolutions prises dans la séance du comité de publication du samedi 20 février 1858.

1° Quant à l'impression des observations qui ont été produites dans le cours de la discussion sur les névroses extraordinaires, le comité, après mûre délibération, a été unanime pour admettre que toutes les observations, sans exception, seraient imprimées dans les comptes rendus de la Société, en les résumant, mais en conservant avec soin l'exposé des faits extraordinaires qui s'y trouvent contenus.

2° En publiant ces observations, on aura soin de les faire suivre des objections auxquelles elles ont donné lieu, et une note rappellera que, selon l'usage constant des sociétés savantes, la Société n'accepte nullement les opinions émises par quelques-uns de ses membres.

BAILLARGER, président, BRIERRE DE BOISMONT, LOISEAU, BROCHIN, TRÉLAT.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES SUR L'ACCÈS D'ÉPILEPSIE (1),

PAR

M. LE Dr ACHILLE FOVILLE,

Ancien interne et Lauréat des hôpitaux de Paris.

AVANT-PROPOS.

La pratique médicale ne constitue pas une science proprement dite; c'est l'art d'appliquer à l'homme malade les notions fournies par les sciences naturelles. Aussi chacun des progrès réalisés dans ces sciences afférentes à la médecine, sciences dites accessoires, a-t-il été le point de départ d'un progrès correspondant dans l'art de guérir. Chaque découverte en physique, en chimie, en histoire naturelle, et surtout en anatomie et en physiologie, a servi à dégager quelque inconnue pathologique.

C'est ainsi que les travaux de Th. Bonet et de Morgagni, en ouvrant le champ de l'anatomie pathologique, ont été le signal

(1) Thèse soutenue à la Faculté de Paris, le 31 décembre 1857.

©BIUM

des progrès les plus importants dans la connaissance des maladies, et par suite dans leur traitement.

Il faut avouer cependant que si toutes les classes nosologiques ont profité des lumières fournies par cette science nouvelle, il en est une pour laquelle ces avantages ont été moins manifestes : je veux parler des maladies nerveuses. Tous ceux qui les ont étudiées s'accordent à reconnaître que les recherches cadavériques n'apportent que rarement des notions précises sur l'origine de ces maladies, et, en enregistrant les lésions si diverses qui peuvent les accompagner, on a accumulé des monceaux de faits isolés ou contradictoires dont il est impossible de tirer une doctrine homogène. C'est une analyse qui n'a encore conduit à aucune synthèse.

Si les progrès de l'anatomie pathologique n'ont que peu profité à la connaissance des névroses, il n'en est pas de même de ceux de la physiologie.

Il nous serait facile sans doute, si nous connaissions le secret de l'innervation dans son ensemble et dans ses détails, d'en concevoir les troubles, et peut-être d'y porter remède. Que nous sommes loin malheureusement d'une pareille connaissance!

Mais, parce qu'il reste beaucoup à chercher, gardons-nous de méconnaître l'importance de ce qui a déjà été obtenu. La physiologie du système nerveux s'est enrichie, dans ces derniers temps, de nombreuses découvertes, et chacune d'elles a servi à éclaircir quelque point de pathologie. C'est ce qui est vrai surtout pour la connaissance du pouvoir réflexe ou excito-moteur.

L'existence de cette fonction avait déjà été entrevue à diverses époques; Haller, Prochaska, Legallois, Herbert Mayo, entre autres, avaient vu et signalé des faits qui ne s'expliquaient que par une propriété réflective spéciale de la moelle épinière. Mais de ces observations isolées n'était encore sortie aucune doctrine nettement formulée, lorsque, presque en même temps, dans le courant de l'année 1833, J. Müller en Allemagne, Marshall-Hall en Angleterre, proposèrent leur théorie des mouvements

©BIUM

réfléchis et du pouvoir excito-moteur, théorie qui a servi depuis à expliquer beaucoup de phénomènes physiologiques et pathologiques.

Entre autres résultats de cette dernière espèce, Prochaska, J. Müller, Marshall-Hall, sont unanimes pour considérer les diverses maladies convulsives, l'hystérie, le tétanos, l'hydrophobie, l'épilepsie, comme vassales de ce pouvoir.

Marshall-Hall surtout s'est attaché à expliquer, à l'aide de sa théorie, les principaux phénomènes de l'épilepsie (1); mais, à côté de beaucoup de vues exactes et ingénieuses, il a laissé glisser des erreurs manifestes, dont l'inconvénient réel a été de lui faire proposer un traitement chirurgical à la fois inutile et dangereux.

Je ne saurais donc adopter toutes les opinions de cet auteur; mais néanmoins je crois que d'une manière générale il est dans le vrai, et je vais moi-même m'efforcer ici de montrer comment les lois physiologiques, celles du pouvoir réflexe en particulier, peuvent servir à expliquer certains symptômes de l'épilepsie.

Loin de moi la prétention de résoudre tous les problèmes relatifs à cette maladie; elle présentera toujours, plus encore que les autres peut-être, quelque chose d'impénétrable à notre intelligence et à nos recherches, le *quid divinum* de l'antiquité, le *quid ignotum* de tous les temps.

Mais, tout en reconnaissant qu'il n'est pas possible de dépouiller entièrement la vérité de son voile, je croirai avoir fait un travail utile, si je puis jeter quelque jour sur le mécanisme d'accidents encore enveloppés d'obscurité.

Tel est le but que je me propose dans la dissertation inaugurale que je présente aujourd'hui à l'approbation de la Faculté. On m'excusera, j'espère, de n'y donner qu'une expression générale des faits et des résultats, sans entrer dans le détail descriptif de chaque symptôme, démonstratif de chaque donnée

(1) *Aperçu du système spinal.* Paris, 1855.

©BIUM

physiologique. Je ne pourrais le faire sans dépasser les bornes d'un travail de ce genre.

J'aurai donc à présenter un résumé succinct des principaux points de la séméiologie de l'épilepsie, et de quelques données physiologiques acquises à la science.

Je m'efforcerai ensuite d'expliquer les premiers à l'aide des secondes.

Je terminerai par de courtes considérations thérapeutiques, basées sur cette étude physiologique.

I.

Par *épilepsie* j'entendrai ici non-seulement l'épilepsie idiopathique ou nerveuse, maladie fonctionnelle, sans lésion matérielle tombant sous nos sens, mais aussi ce que les anciens appelaient épilepsie sympathique et symptomatique, ce que de nos jours on désigne sous le nom d'éclampsie et d'attaques épileptiformes. La forme identique de tous ces accès convulsifs et apoplectiques (1) permet en effet de les réunir dans une même classe, quand il s'agit d'en étudier la physiologie.

Deux ordres de symptômes signalent le début de l'accès, et dominent toute la série des phénomènes qui le constituent (2).

L'un, que l'on peut appeler symptôme négatif, est la perte de connaissance; elle s'accompagne d'une pâleur qui souvent, il est vrai, passe inaperçue, mais que l'on peut constater (3) toutes les fois qu'on assiste au début des accidents.

---

(1) Voyez Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, t. II, p. 174; Moreau (de Tours), *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XVIII; *Étiologie de l'épilepsie*, p. 2 et 3.

(2) Voyez Billod (*Annales médico-psychologiques*, novembre 1843, t. II), *Symptomatologie de l'épilepsie*, p. 392.

(3) Voyez Trousseau, *Leçons cliniques* (*l'Union médicale*, 1855); Bland Radcliff, *London Medical Times and Gazette*, 1856, p. 303 et 304; Brown-Séquard, *Experimental and Clinical Researches applied to Physiology and Pathology*; Boston, 1857, p. 51; Delasiauve, *Traité de l'épilepsie*; Paris, 1854; *passim*.

©BIUM

L'autre, ou symptôme positif, est la convulsion tonique du système musculaire; elle est générale, elle s'étend donc aux muscles de l'appareil respiratoire : immobilisant ainsi les parois de la cavité thoracique, elle détermine une asphyxie qui augmente rapidement et qui, si elle durait, serait bientôt mortelle.

Heureusement, la contraction musculaire, d'abord permanente, se suspend, pour recommencer un instant après il est vrai. Mais elle se relâche de nouveau; les intervalles deviennent plus rapprochés et plus longs; les contractions finissent enfin par cesser complétement. Cette rapide succession de spasmes musculaires et de relâchements se traduit par des secousses brusques et saccadées des membres et du tronc, qui constituent la période clonique de l'accès. Elle a pour résultat de rétablir incomplétement d'abord, mais bientôt plus parfaitement, le jeu de la respiration, et de mettre fin à l'asphyxie.

Quoique cette scène se soit passée en quelques minutes à peine, les centres nerveux, momentanément gorgés de sang noir comme les autres organes, ont subi une perturbation profonde. Leur trouble se traduit par la période apoplectique ou de coma.

Vient enfin la période de retour pendant laquelle un sommeil normal succède au coma. Les fonctions de la vie organique d'abord, puis celles de la vie de relation se rétablissent lentement. Le malade reprend enfin connaissance, sans avoir conscience de rien de ce qui s'est passé; mais il conserve encore pendant un temps variable un trouble ou un affaiblissement intellectuels plus ou moins prononcés.

Tels se montrent la série et l'enchaînement des principaux phénomènes qui constituent un accès complet d'épilepsie, ce qu'on appelle le grand-mal (1). La perte de connaissance et la

(1) Cet enchaînement, cette surbordination des symptômes de l'accès d'épilepsie, entrevus par Boerhaave (*de Morbis nervor.*, t. II, p. 625) et

©BIUM

convulsion asphyxiante du système musculaire sont donc les deux traits caractéristiques de l'accès d'épilepsie, ceux qui ne permettent de le confondre avec aucune autre forme pathologique; ils se produisent au même instant, et le début de l'accès est toujours brusque et soudain.

Cependant il peut être annoncé à l'avance par divers signes précurseurs.

Les uns, ou prodromes éloignés, peuvent le devancer de plusieurs heures ou même de quelques jours; ce sont divers troubles généraux de l'innervation.

Les autres, ou prodromes immédiats, consistent au contraire en troubles locaux et limités; ils sont connus dans la science sous le nom d'*aura epileptica*.

Je ne puis ici faire une étude approfondie de l'aura; je dirai seulement que la manière la plus convenable de l'envisager consiste à en admettre deux formes : une musculaire ou motrice, l'autre sensitive.

La première peut consister en mouvements complets de translation; c'est ainsi que des individus courent pendant quelques pas en avant ou à reculons, ou bien tournent sur eux-mêmes avant de tomber; mais le plus souvent elle est constituée par une contraction douloureuse débutant par les muscles d'une région plus ou moins éloignée du cerveau, la main, le pied, le bras ou la jambe, contraction qui s'étend peu à peu à tout le membre, puis au tronc lui-même; dès lors immobilisant le thorax, elle devient asphyxiante; au même instant survient perte de connaissance; la réunion de ces deux symptômes caractérise, on le sait, un accès complet d'épilepsie. Cette transformation d'une simple crampe locale en une attaque épileptique ne s'effectue en général qu'à la longue. Des mouve-

---

Van Swieten (comment. in aph. 1073), ont été bien décrits, pour la première fois, par M. Beau (*Archives générales de médecine*, année 1833).

M. Billod en a donné aussi une très-bonne étude (mém. cité).

©BIUM

ments convulsifs, bornés d'abord à un orteil, je suppose, s'étendent successivement au pied, à la jambe, à la cuisse; ce n'est qu'au bout d'un temps très long, quelquefois des années, qu'ils ont fait assez de progrès pour amener des accès complets. On peut voir des exemples nombreux de cette gradation des accidents dans Hollier (1), Maisonneuve (2), Portal (3). Dans la plupart de ces cas, alors même qu'il y avait déjà eu des accès complets, on pouvait, en appliquant une ligature, ou bien en opérant des tractions ou de simples frictions sur le membre où débutait la contraction, enrayer la marche ascensionnelle de celle-ci et prévenir l'accès.

L'aura sensitive est connue depuis plus longtemps; c'est Galien qui, rapportant une observation de ce genre, introduisit ce mot *aura* qui depuis a servi à désigner tous les prodromes immédiats des attaques (4).

Tantôt elle affecte la sensibilité générale, et consiste en une sensation bizarre, comparée le plus souvent à un vent froid, sorte de frisson ou de chatouillement qui, né dans une région quelconque du corps, remonte le long du membre où il débute, envahit le tronc et arrive enfin au cou; à ce moment, surviennent la perte de connaissance et la contraction asphyxiante. On a donc un accès complet.

Dans ce cas encore, la ligature ou les tractions ont pu intercepter la propagation de l'aura et prévenir l'attaque.

D'autres fois l'aura sensitive consiste en hallucinations diverses des sens; en général, un seul est affecté.

Les deux sortes d'aura peuvent se manifester ensemble chez le même sujet.

Jusqu'à présent il n'a été question que de l'accès complet ou

---

(1) *De morbis internis*, lib. I, cap. XVI.

(2) *Recherches et observations sur l'épilepsie*. Paris, 1805.

(3) *Observations sur la nature et le traitement de l'épilepsie*. Paris, 1827.

(4) *De Locis affectis*, lib. III, cap. VII.

©BIUM

grand-mal, caractérisé par la perte absolue de connaissance et la convulsion de tout le système musculaire ; celle-ci a deux périodes, l'une de tonicité, pendant laquelle se produit l'asphyxie; l'autre clonique, pendant laquelle elle se dissipe. Vient ensuite un coma d'une durée variable.

Mais les accidents n'ont pas toujours une aussi grande intensité.

Par exemple, il peut simplement y avoir pâleur et perte de connaissance tout à fait passagères, sans aucun phénomène convulsif; c'est ce qu'on appelle le vertige épileptique; ou bien contraction musculaire limitée à une région quelconque, sans aucun phénomène du côté de l'intelligence. D'autres fois la perte de connaissance s'accompagne d'une simple secousse ou de quelques mouvements convulsifs de peu de durée. En un mot, les deux éléments de l'accès complet, perte de connaissance et contraction musculaire, pourront être isolément ou simultanément atténués, ou l'un d'eux même pourra manquer complétement, l'autre étant ou complet ou atténué.

Entre ces extrêmes, il y a place pour une foule de combinaisons intermédiaires, qui forment la série de ce qu'on a appelé les accès partiels ou incomplets.

II.

Je n'ai pas à exposer ici tout ce qui est relatif au pouvoir excito-moteur ou réflexe. Cette théorie est aujourd'hui connue de tout le monde, et les ouvrages de physiologie la traitent avec tous les détails qu'elle comporte.

Je demanderai seulement à résumer, sous forme de propositions, quelques points directement applicables à mon sujet.

I. Une excitation émanée d'un point quelconque de l'économie, et transmise par des fibres nerveuses sensitives soit à la moelle épinière, soit à l'encéphale, se réfléchit, par l'entremise

©BIUM

de ces centres nerveux, sur des fibres nerveuses motrices, pour donner lieu à des mouvements auxquels la volonté reste complétement étrangère.

II. Ces mouvements se manifestent et dans les muscles de la vie animale et dans ceux de la vie organique.

III. L'excitation centripète qui se réfléchit par des mouvements dans l'un ou l'autre de ces ordres de muscles, ou dans l'un et l'autre à la fois, peut elle-même être éprouvée et transmise par des nerfs cérébro-rachidiens ou par des filets du grand sympathique.

IV. Ces excitations périphériques, suivant qu'elles arrivent ou non jusqu'au siége de la perception des sensations, se transforment ou non en sensations; elles sont donc perçues ou non perçues, senties ou non senties.

V. Ce pouvoir excito-moteur est inhérent en propre à la moelle et complétement indépendant du cerveau et du cervelet; il se manifeste avec plus d'énergie quand la moelle est affranchie de l'influence cérébrale. Diverses substances peuvent le modifier : la strychnine et l'opium l'exaltent; l'éther, selon M. Longet, la jusquiame, d'après Marshall-Hall, le diminuent.

VI. La réaction motrice a une tendance constante à se faire par les filets moteurs naissant le plus près des racines sensitives qui ont transmis l'excitation.

VII. Lorsque l'excitation est plus forte, ou que l'excitabilité est augmentée, la réaction s'étend aux racines motrices sur une plus grande longueur de la moelle, tant au-dessus qu'au-dessous du point d'insertion des filets excités ; elle peut même s'étendre à la totalité des racines motrices.

Ainsi une excitation locale extrêmement vive, ou bien quand l'excitabilité est fort augmentée, une excitation locale même très légère, peuvent déterminer des convulsions générales.

VIII. L'excitabilité du bulbe et de la moelle allongée se traduit principalement par des mouvements des muscles respira-

©BIUM

toires ; elle est mise en jeu surtout par les excitations des muqueuses et des téguments externes. Du reste, les excitations qui portent sur les terminaisons des nerfs ont beaucoup plus d'aptitude à déterminer des mouvements réflexes que celles qui sont appliquées directement à un tronc nerveux.

IX. L'excitabilité réflexe s'épuise lorsqu'elle est provoquée un grand nombre de fois de suite. Alors, si de nouvelles excitations sont produites, les réactions musculaires diminuent d'énergie pour cesser bientôt tout à fait. Plus l'excitabilité est exaltée, plus elle s'épuise vite par sa mise en action. C'est ainsi que survient la mort dans l'empoisonnement par la strychnine.

X. L'excitabilité réflexe est, au contraire, entretenue et augmentée lorsqu'on la met en jeu à certains intervalles. Par exemple, deux grenouilles décapitées étant données, si l'une est laissée dans un repos absolu pendant plusieurs jours, et qu'on excite modérément l'autre à plusieurs reprises chaque jour, au bout de ce temps l'excitabilité réflexe de la seconde sera considérable; il suffira de la toucher légèrement pour causer des convulsions générales; la première au contraire ne jouira que d'une excitabilité très faible; des excitations, même violentes, ne détermineront que des mouvements peu étendus.

Telles sont les conditions principales de manifestation du pouvoir intrinsèque de la substance grise de la moelle, pouvoir qui la fait agir comme un vrai centre de réflexion motrice en dehors de toute influence cérébrale.

Cette puissance intrinsèque propre à la moelle n'est pas mise en jeu seulement par les impressions que lui transmettent les nerfs rachidiens sensitifs ou les filets du grand sympathique. Les nerfs de sensibilité spéciale sont aussi capables de provoquer des mouvements involontaires. C'est ainsi que lorsque l'œil est menacé, les paupières se ferment ; un bruit violent produit le

©BIUM

même effet. Certaines odeurs provoquent des manifestations motrices, le vomissement par exemple. Il est vrai que le défaut de relation entre les racines de ces nerfs et la moelle n'est qu'apparent. Aujourd'hui, on incline à reconnaître la continuité entre leurs racines blanches et les faisceaux postérieurs du bulbe prolongés dans l'encéphale.

Mais ce ne sont pas seulement les nerfs rachidiens ou autres qui peuvent mettre en jeu cette excitabilité motrice de la moelle; les excitations directes de l'encéphale peuvent le faire.

Marshall-Hall a rejeté la possibilité de ce fait, en considérant ces mouvements comme le résultat d'un acte psychique, une manifestation de la volition (1); mais, comme le fait remarquer M. Longet (2), le bâillement et le vomissement peuvent avoir lieu par cela seul qu'on voit ou qu'on entend bâiller ou vomir quelqu'un; a coup sûr, ce n'est pas là un acte volontaire. M. Longet raconte que lui-même, après avoir passé plusieurs jours en mer, ne pouvait pas s'empêcher de vomir au souvenir des angoisses qu'il avait endurées. On ne l'accusera pas d'avoir contribué volontairement à renouveler ses tourments.

Est-ce par un effet de la volonté qu'une impression purement morale fait jeter un cri, faire un bond ou changer de couleur? Que de fois au contraire de pareils mouvements involontaires trahissent-ils une émotion que l'on voudrait cacher?

Tout le monde connaît les effets de la frayeur; les coliques qui affligent les jeunes recrues un premier jour de bataille ne tiennent bien certainement qu'à une impression morale et sont tout à fait involontaires.

On voit donc, en résumé, que la moelle épinière et la moelle allongée ont une propriété spéciale qui les rend aptes à déterminer des mouvements, indépendants de la volonté, à la suite

(1) Ouvrage cité, p. 51

(2) *Traité de physiologie*, t. II, p. 107.

©BIUM

d'une excitation qui leur est transmise soit par les fibres sensitives qui s'y insèrent directement, soit par les fibres de sensibilité spéciale ou les fibres de la vie organique qui leur sont médiatement unies, soit enfin par les portions des organes encéphaliques uniquement propres à recueillir des impressions morales et intellectuelles. En un mot, chaque portion sensitive du système nerveux, quelle que soit sa spécialité d'action, qu'elle appartienne à la vie organique ou à la vie animale, est propre à déterminer dans la moelle la modification inconnue dans sa nature à la suite de laquelle les fibres motrices réagissent.

Les circonstances où cette propriété est mise en jeu sont extrêmement fréquentes, tous les phénomènes sympathiques sont de ce nombre. On voit aussi par les expériences que cette excitabilité est susceptible d'augmentation ou de diminution. C'est à son augmentation qu'est due cette susceptibilité aux impressions qui distingue la plupart des personnes atteintes de maladies nerveuses, et à laquelle on a donné divers noms sans savoir en quoi elle consistait. C'est elle que l'on appelle ordinairement *état nerveux*, que M. Gendrin désigne sous le nom de *mobilité nerveuse* (1), et que beaucoup d'Anglais, entre autres Todd (2), dénomment *polarité nerveuse*.

C'est de cette excitabilité réflexe de la moelle épinière, et de la moelle allongée en particulier, que me paraissent dépendre les phénomènes convulsifs de l'épilepsie.

Voyons en effet ce qui se passe dans cette maladie, et prenons pour premier exemple un cas fort simple d'aura musculaire.

---

(1) *Leçons sur l'hystérie* (*Gazette des hôpitaux*, 1853 et 1854).

(2) *Clinical Lectures* (*London Medical and Surgical Gazette*, 1853 et 1854).

©BIUM

III.

Une lésion périphérique quelconque, tumeur, corps étranger ou cicatrice, en contact avec une fibre nerveuse sensitive, est pour celle-ci la cause d'une excitation qui est transmise par elle à la moelle. Ce centre nerveux réagit en déterminant la contraction des muscles animés par les fibres motrices dont l'origine est le plus près de l'insertion médullaire des fibres sensitives excitées (prop. 6), c'est-à-dire des muscles de la région où siége la lésion excitante.

La contraction peut ne pas dépasser ces bornes et constituer une crampe ou un tic. Mais soit que l'excitation augmente d'intensité, soit que l'excitabilité du centre nerveux lui-même soit exaltée par la prolongation de l'excitation ou par toute autre cause, soit pour ces deux raisons, la contraction musculaire peut envahir une région plus ou moins étendue (prop. 7), toute la jambe ou tout le bras, par exemple, si le point de départ de l'excitation est au pied ou à la main.

La persistance des mêmes causes augmentant encore l'excitabilité de la moelle, la convulsion pourra s'étendre à tout le système musculaire en remontant la série des racines des nerfs moteurs.

Les derniers atteints seront ceux de la base du crâne, mais leurs effets aussi seront les plus importants. C'est en effet de la moelle allongée et de la partie supérieure de la moelle épinière que proviennent les nerfs qui animent les muscles de l'appareil respiratoire.

La réaction motrice de ces nerfs a pour résultat nécessaire la contraction de tous ces muscles, et celle-ci entraîne l'asphyxie qui serait mortelle, si elle n'était interrompue par les alternatives de spasme et de relâchement qui viennent ensuite.

Quand la force réflexe qui donne lieu à tous ces phénomènes convulsifs cesse d'agir, et cela peut tenir à ce qu'elle est épuisée par une dépense aussi violente, ou à ce que la moelle qui en est

©BIUM

le siége est modifiée par l'asphyxie générale, de manière à ne plus présenter les conditions nécessaires à son action, les convulsions s'arrêtent et le corps tombe dans le coma, résultat du trouble qu'ont subi les centres nerveux.

Une lésion périphérique, en excitant un nerf sensitif, a donc fini par déterminer des convulsions générales (prop. 8). Ce qui d'abord n'était qu'une crampe ou qu'une contracture est devenu une véritable attaque d'épilepsie, dont cette crampe, cette contracture, ont été l'aura.

Mais au moment même où la convulsion devenait asphyxiante, survenait l'autre symptôme caractéristique de l'accès complet. Comment s'expliquer cette perte subite de connaissance, phénomène non moins important que le premier, puisqu'il est constant dans l'accès complet, et qu'il constitue à lui seul tout un genre d'accès, le vertige? La gravité en est même de beaucoup supérieure à celle du symptôme convulsif, car celui-ci ne paraît avoir aucune conséquence fâcheuse pour les fonctions intellectuelles; celui-là au contraire les affaiblit et les pervertit rapidement. On a remarqué de tout temps que les vertiges mènent à l'aliénation avec autant, si ce n'est plus, de rapidité que les accès complets.

Ce symptôme est resté inexplicable jusqu'à nos jours, ou du moins aucune des opinions émises à cet égard ne pouvait supporter la discussion.

Tout récemment M. Brown-Séquard (1) a proposé une interprétation nouvelle de ce phénomène, interprétation qui, à la vérité, n'est qu'une hypothèse, mais qui me paraît s'accorder assez bien avec les lois physiologiques connues, et s'appliquer assez heureusement à l'explication des faits pathologiques constatés, pour inspirer un vif intérêt et provoquer un examen sérieux.

(1) *Researches on Epilepsy*. Boston, 1857.

©BIUM

Il est généralement admis aujourd'hui en physiologie que le système du grand sympathique n'est pas indépendant dans son action, que chaque ganglion n'est pas un petit centre nerveux, mais bien que toute la longueur de ce cordon soutire de la moelle, avec laquelle il a des moyens de communication multipliés, l'influx nerveux qui modifié dans ses ganglions acquiert sa spécialité d'action.

Les travaux récents de MM. Cl. Bernard (1), Budge et Waller (2), Brown-Séquard (3), Vulpian (4), ont établi d'une manière évidente l'action des filets émanés du ganglion cervical supérieur du grand sympathique sur le système circulatoire de la tête.

La section de ces filets détermine immédiatement la paralysie de la tunique contractile des artères. Il en résulte une prompte distension de ces canaux, suivie de congestion, de rougeur, et d'élévation de température dans les organes auxquels ils se distribuent. Ces effets se font sentir à toute la moitié de la tête du côté où la section a eu lieu, et comme l'élévation de température est celui de tous qu'il est le plus facile d'apprécier rigoureusement, c'est par lui qu'on a cherché à mesurer cette action. M. Cl. Bernard a vérifié de plus que ce changement de température n'est pas seulement extérieur, mais a lieu aussi à l'intérieur du crâne; l'hémisphère cérébral du côté où la section a eu lieu offre une température supérieure à celle de l'hémisphère opposé (5).

Si au lieu d'avoir coupé ces filets on les excite, ou bien si après les avoir coupés on excite leur bout périphérique à l'aide du galvanisme, par exemple, on obtient un résultat opposé; il

(1) Académie des sciences, séance du 7 mars 1853. — Société de biologie, séances du 7 et du 21 décembre 1853.

(2) Académie des sciences, séance du 28 février 1854.

(3) Académie des sciences, séance du 16 janvier 1853.

(4) *Gazette médicale*, 1857.

(5) *Mémoires de la Société de biologie*, 1853.

©BIUM

y a contraction de toutes les artères; d'où expulsion du sang, pâleur consécutive et abaissement de la température. Sachant ce qui arrive dans le premier cas, nous devons admettre qu'ici encore ces phénomènes se passent aussi bien à l'intérieur du crâne que dans les parties externes.

Or, quelles sont les parties de la moelle qui fournissent leur influx aux ganglions, d'où émergent les filets tenant ainsi sous leur dépendance le système vasculaire de toute la tête, celui de l'encéphale aussi bien que celui de la face? Ce sont précisément la moelle allongée et la partie supérieure de la moelle épinière, les parties qui, on l'a vu, déterminent, par la mise en jeu de leur excitabilité réflexe, les phénomènes convulsifs de l'accès d'épilepsie.

Si ces parties, après une excitation périphérique, réagissent non-seulement sur les fibres motrices qui en naissent directement, mais aussi sur les ganglions du grand sympathique qui leur sont unis, et par eux sur les filets moteurs naissant de ces ganglions, tous les organes animés par ces différents nerfs devront se contracter à la fois. Le système artériel de la tête se trouvera donc instantanément privé de sang, ce qui se traduit à la face par la pâleur constante au début de l'accès, dans l'encéphale par la perte de connaissance.

Cette hypothèse n'a rien qui soit en contradiction avec la grande loi qui régit la circulation dans la cavité cérébro-rachidienne, c'est-à-dire l'impossibilité du vide, et la nécessité qu'il y ait toujours une égale quantité de matières contenues dans cette cavité. En effet les filets du grand sympathique agissent spécialement sur les petites artères, et le sang chassé de ces vaisseaux par le resserrement de leur tunique contractile refluera vers la base de l'encéphale ou dans les sinus veineux. Il pourra donc y avoir une pâleur momentanée de la substance grise des hémisphères, et par suite une sorte de syncope.

C'est ainsi que, d'après M. Brown-Séquard, l'action émanée de la même portion de l'axe cérébro-rachidien aurait sous sa

©BIUM

dépendance les deux phénomènes qui caractérisent l'accès complet d'épilepsie : la perte de connaissance et la contraction asphyxiante des muscles respiratoires. Ainsi se trouverait expliquée la parfaite simultanéité de l'apparition de ces deux ordres de symptômes. Ainsi le cerveau proprement dit se trouverait complétement désintéressé dans la production de l'accès, et en effet M. Brown-Séquard, qui produit à volonté des accès épileptiques sur des cochons d'Inde mis dans certaines conditions, dit qu'il a pu leur enlever les hémisphères cérébraux et cérébelleux, et provoquer encore des accès après ces mutilations.

La participation du grand sympathique à la réaction motrice due au pouvoir réflexe de la moelle est du reste évidente pour d'autres portions de ce tronc. Outre la pâleur des téguments, elle détermine des mouvements des organes de la vie organique, des borborygmes, des éructations, des vomissements, l'émission de l'urine et du sperme (prop. 2).

Pour avoir passé en revue tous les symptômes de l'accès d'épilepsie, il reste à expliquer pourquoi la contraction permanente du début, qui constitue la période tonique des convulsions, est remplacée par des alternatives de spasme et de relâchement, c'est-à-dire par la période clonique.

Or qu'est-ce qu'une convulsion tonique ou permanente? D'après Romberg (1) et les expériences de Weber (2), la contraction permanente résulte, non pas d'une influence continue, mais bien d'une série d'influences instantanées se succédant, comme autant de chocs électriques, avec une rapidité telle que chacune des courtes contractions qui en résultent est commencée avant que la précédente ait cessé, en sorte que le muscle reste convulsé d'une manière continue et qu'il est impossible, même au microscope, d'y saisir aucun tremblement, aucun mouvement.

(1) *Lehrbuch der Nervenkrankheiten;* Berlin, 1851, 2e Abtheilung, p. 7.

(2) Wagner's, *Handwörterbuch für Physiologie. Muskelbewegung.*

©BIUM

Telle est sans doute la nature de la contraction permanente qu'on observe au début de l'accès d'épilepsie, et alors, en effet, grâce à l'excitabilité exagérée du pouvoir réflexe, les manifestations peuvent avoir une aussi rapide succession. Mais les effets de l'asphyxie causée par cette contraction permanente se font sentir sur les organes contenus dans la cavité cérébro-rachidienne, aussi bien que sur tous ceux de l'économie; les propriétés de la moelle ainsi asphyxiée doivent s'altérer ou s'éteindre; il n'est donc pas possible qu'une manifestation aussi exagérée se prolonge bien longtemps. De là ces relâchements successifs de plus en plus rapprochés qui interrompent la contraction tonique; celle-ci s'éloigne de plus en plus jusqu'à ce qu'elle disparaisse tout à fait.

Plus l'asphyxie sera rapide, plus vite son action se fera sentir sur la moelle et la rendra incapable de réagir, en sorte que le danger sera conjuré par son excès même.

Qu'arrive-t-il alors? Ou bien l'excitabilité, épuisée par une telle dépense, n'est plus en état de réagir sous l'influence de l'excitation qui a causé l'accès, ou bien l'excitation elle-même était accidentelle et passagère et ne se reproduit plus.

Dans ces cas, les suites de l'attaque une fois dissipées, rien de particulier ne se montre. Les fonctions se rétablissent successivement, et ce sera seulement au bout d'un espace de temps indéterminé, quelquefois régulièrement périodique, qu'après le retour de l'excitabilité ou par la production de nouvelles excitations d'autres attaques seront provoquées. Il peut même se faire que les conditions nécessaires pour cela ne se présentent plus, et alors les accidents ne se reproduiront jamais.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Il peut se faire qu'avant que le coma consécutif à l'accès se soit dissipé, la moelle, dégorgée du sang noir qui l'a asphyxiée, se trouve de nouveau en état de réagir, et alors, si la cause excitante persiste, un nouvel accès se produira de suite. Le même phénomène pourra se répéter plusieurs fois, et l'on aura une série d'accès

©BIUM

subintrants, d'accès imbriqués, d'après l'expression de M. le professeur Trousseau (1); c'est ce que l'on appelle paroxysme ou état de mal. Le nombre de ces accès peut être considérable, un nouveau se reproduisant dès que le précédent vient de finir, et la mort est la terminaison fréquente de pareils paroxysmes; c'est dans l'état de mal que périssent la plupart des épileptiques qui meurent d'épilepsie.

Il est bien important de remarquer ici que dans cet état l'interruption des attaques est un des résultats de l'asphyxie elle-même, en sorte qu'un paroxysme, quelque nombreux que soient les accès qui le composent, n'est en réalité qu'un seul accès permanent qui s'interrompt chaque fois que l'asphyxie qu'il détermine paralyse la moelle, pour recommencer dès que celle-ci se trouve soustraite à cet effet asphyxique (2).

La mort dans ces cas peut tenir à plusieurs causes. Tantôt elle est déterminée directement par l'asphyxie qui est portée au delà des limites compatibles avec l'existence; dans ce cas, elle survient au moment même d'une reprise du paroxysme par l'effet de la contraction des muscles respirateurs.

Tantôt elle peut tenir à l'épuisement qu'a éprouvé le système nerveux après une aussi nombreuse série de décharges, si l'on veut me permettre de le comparer ainsi à une batterie électrique ou à une bouteille de Leyde.

Ou bien encore la contraction asphyxiante n'est pas instantanément mortelle, mais elle a été trop prolongée. Pendant tout ce temps, la respiration a été interrompue, les tissus n'ont reçu que du sang noir. Dans ces cas, alors même que la convulsion cesse, les effets asphyxiques persistent : l'effet se continue après

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1855.

(2) Ces considérations sur le rôle de l'asphyxie, dans cette circonstance, reçoivent une nouvelle confirmation dans les communications récemment faites à l'Académie des sciences, par M. Brown-Séquard, sur le rôle du sang rouge (séance du 17 octobre 1857) et celui du sang noir (séance du 7 décembre 1857) dans l'économie.

©BIUM

la cause (1). La même chose, dit M. Duclos, peut se produire à la suite de la trachéotomie ; l'entrée de l'air est libre, et la respiration se fait bien ; mais le contact trop prolongé du sang noir avec tous les organes de l'économie y a déjà causé des désordres irréparables. L'opération, quoique permettant la respiration, ne peut sauver les jours.

IV.

Dans les pages qui précèdent, j'ai montré comment le pouvoir réflexe de la moelle peut, à la suite d'une excitation périphérique, déterminer une réaction musculaire d'abord locale, puis plus étendue, puis enfin générale, lorsque la moelle allongée elle-même réagit.

Mais une excitation de ce genre peut provoquer d'emblée la réaction de cette portion de l'axe cérébro-rachidien sans passer par tous ces intermédiaires de convulsion progressivement envahissante, sans que, par conséquent, il se produise aucune aura musculaire.

Dans ce cas, ou bien l'excitation sera perçue (prop. 4), et on observera les phénomènes d'aura sensitive, le vent froid qui remonte jusqu'à la tête, ou bien cette perception n'aura pas lieu (prop. 4), et l'accès épileptique éclatera sans prodrome immédiat, sans aura d'aucune sorte.

Du reste, que l'on observe ou non des prodromes immédiats, il pourra y avoir depuis un certain temps, quelques heures ou quelques jours, une augmentation dans l'excitabilité cérébro-spinale, dans ce que l'on appelle susceptibilité, mobilité, polarité nerveuse. Avant de produire l'accès d'épilepsie, cette exaltation de l'excitabilité se manifestera par des troubles généraux de l'innervation constituant les prodromes éloignés signalés plus haut.

---

(1) Duclos (thèse de 1847), *Etudes cliniques sur les convulsions de l'enfance*.

©BIUM

Quoi qu'il en soit, les symptômes de l'accès, une fois déclarés, sont toujours les mêmes ; toujours la moelle allongée réagit à la fois par les fibres motrices qui en émanent directement sur les muscles respiratoires pour déterminer la contraction asphyxiante, et par les fibres qu'elle n'anime que médiatement sur le système artériel de l'encéphale pour causer la perte de connaissance.

Mais le genre d'excitations capables de provoquer cette réaction est loin d'être unique ; toute cause propre à mettre en jeu le pouvoir moteur intrinsèque de la moelle pourra déterminer des accès d'épilepsie. De là la fréquence de ces accidents, la variabilité de leur point d'origine.

Plus les racines des fibres sensitives irritées seront rapprochées de la moelle allongée, plus la réaction par les nerfs moteurs qui en émergent sera facile (prop. 6). Aussi les convulsions épileptiques succèdent-elles souvent aux excitations qui portent sur les filets terminaux du trijumeau (prop. 8).

Telles sont celles causées si souvent chez les enfants par le travail de la dentition, et chez l'adulte par la carie des dents.

Tissot (1) rapporte, d'après Fabrice de Hilden, un cas d'épilepsie qui a duré tant qu'un corps étranger, introduit par accident dans l'oreille, y a séjourné, et où la guérison a eu lieu dès que ce corps a été retiré.

Boerhaave a vu un jeune homme chez lequel chaque éclat de rire déterminait un accès (2).

Tout récemment M. Legrand du Saulle a publié l'observation d'une jeune fille qui s'est trouvée guérie d'une hystéro-épilepsie fort grave, par l'expulsion de larves d'insectes logées dans les sinus frontaux (3).

M. Brown-Séquard donne à volonté des accès d'épilepsie à des cochons d'Inde chez lesquels une section partielle de la

(1) *Traité de l'épilepsie*, chap. 5, § 32.
(2) Darwin, *Zoonomia*, t. II, p. 117.
(3) *Gazette hebdomadaire*, 1855, n° 39.

©BIUM

moelle a exalté l'irritabilité réflexe; c'est en leur pinçant la peau des joues, au niveau de l'angle des mâchoires, qu'il obtient ce résultat (1).

Un cas qui se rapproche des précédents est celui dans lequel quelques grains de plomb restés dans l'épaisseur des téguments du cou ont été la cause d'accès épileptiformes. Ici l'excitation était transmise au bulbe par les filets sensitifs des premières paires rachidiennes (2).

Mais il n'est pas nécessaire que l'excitation porte sur des fibres sensitives, s'insérant près des parties supérieures de la moelle. Il n'est pas un point du tégument externe dont la lésion ne soit capable de produire ces accidents. Ils peuvent également être causés par des lésions, non plus superficielles, mais occupant la profondeur des membres. Les auteurs sont remplis de faits de ces diverses espèces; Tissot et Portal surtout en rapportent un grand nombre.

Je n'ai parlé, jusqu'ici, que d'excitations transmises à la moelle par des nerfs de la sensibilité générale. Ceux de la vie organique sont une voie tout aussi fréquemment parcourue par ces excitations, et là est l'explication de toutes les épilepsies sympathiques d'une lésion du tube digestif ou des organes abdominaux, de toutes les épilepsies gastriques des anciens.

Voilà comment, chez le nouveau-né, la rétention du méconium, et à tous les âges, la présence dans l'intestin d'aliments indigestes, de vers ou de corps étrangers, est une cause fréquente d'accidents épileptiformes.

Il en est de même des calculs du foie et des reins, des lésions de la rate, de l'utérus, de l'ovaire ou des testicules. Aussi la guérison que J. Frank obtint par la castration, chez un homme devenu épileptique à la suite d'une lésion du testicule, et chez lequel cet organe se rétractait lors de chaque accès, est, à mes

(1) *Gazette médicale*, 1850.

(2) Portal, ouvr. cité, p. 156.

©BIUM

yeux, non pas un hasard heureux couronnant une opération aventureuse et coupable, mais bien la preuve d'une rare sagacité pratique (1).

Et ceci n'est pas détruit par cette allégation que toute opération, toute maladie est capable de guérir l'épilepsie, sans qu'il y ait aucune relation entre le siége de cette maladie ou de cette opération et le point de départ de l'accès. Les circonstances ainsi invoquées peuvent avoir une influence qui nous échappe sur le pouvoir intrinsèque de la moelle et diminuer l'excitabilité de cet organe. Si tel est leur effet, elles seront un moyen indirect de guérison, et c'est ainsi que l'on peut s'expliquer comment, chez les épileptiques, les accès peuvent être suspendus pendant tout le cours d'une maladie aiguë, tout le temps nécessaire à la guérison d'une blessure ou d'une opération. Mais il n'en est pas moins vrai qu'une opération qui aura pour résultat de faire disparaître la cause excitante elle-même, sera un moyen plus certain d'obtenir une guérison permanente.

Ces accès, causés par les excitations du grand sympathique, peuvent aussi être précédés d'une aura. M. Billod a rapporté un cas intéressant de ce genre (2).

Une excitation transmise par un nerf de sensibilité spéciale peut-elle être une cause d'épilepsie? Sans aucun doute. Van Swieten rapporte, d'après Shenkius, qu'un enfant, surpris tout à coup par le bruit des trompettes, fut saisi d'accès d'épilepsie, dont il mourut dans l'espace de dix heures (3). M. le professeur Piorry signale deux cas où les attaques survenaient à la suite d'impressions visuelles (4); il en conclut que lors même qu'on

---

(1) J. Frank, *Praxeos medicæ universa præcepta*, t. I, sect. 3.

(2) Mémoire cité, p. 389.

(3) Shenkius, *Observ. medic.*, lib. I, p. 100, cité par Van Swieten, comm. in aph. 1075.

(4) *Clinique médicale de la Pitié*, p. 321-326 ; 1833.

©BIUM

n'observe pas d'aura, il en existe pourtant une, qui serait une névralgie du nerf optique, gagnant d'ordinaire le cerveau trop rapidement pour que le malade en ait conscience. C'est là une généralisation fort exagérée sans doute, mais basée sur un fait exact d'observation.

Les lésions des centres nerveux, elles aussi, sont capables de causer l'épilepsie. Est-ce en augmentant l'excitabilité réflexe de la moelle? Est-ce en agissant comme une excitation locale? C'est ce que je ne saurais dire, mais je crois que ce peut être pour l'une ou l'autre de ces raisons, suivant les cas. Rien n'est plus commun, en effet, que les accès épileptiformes symptomatiques d'une lésion cérébrale aiguë (encéphalite, abcès, contusion du cerveau), ou bien chronique (cancer, tubercules, tumeur syphilitique, paralysie générale).

Les cas où les lésions de la moelle sont le point de départ d'accès épileptiques sont plus rares, mais il y en a cependant, et M. Brown-Séquard en a fourni un exemple irréfutable par sa jolie expérience sur les cochons d'Inde.

Je n'ai pas encore parlé de l'épilepsie essentielle, de celle qui existe pendant toute la vie, sans que l'examen cadavérique fasse découvrir aucune lésion capable de l'expliquer. Le problème est ici plus difficile. Cependant, lorsqu'on se rappelle que des impressions purement morales et intellectuelles, impressions qui, on le sait, ne laissent dans les centres nerveux aucune altération matérielle qui tombe sous nos sens, produisent de si nombreuses manifestations physiologiques du pouvoir moteur intrinsèque de la moelle, il y a moins lieu de s'étonner qu'elles soient capables d'en produire aussi de pathologiques. On peut donc comprendre que l'épilepsie dépende de modifications cérébrales aussi fugitives, aussi dénuées de traces cadavériques que celles qui déterminent tous les mouvements volontaires et involontaires. Ces modifications auront souvent pour résultat d'exalter l'excitabilité de la moelle allongée.

©BIUM

Si l'on parcourt les recueils d'observations d'épilepsie essentielle, entre autres celui de MM. Bouchet et Cazauvieilh (1), et celui de M. Moreau (de Tours) (2), on est frappé du nombre considérable de malades, souvent prédisposés par l'hérédité, qui ont leur première attaque à la suite d'une frayeur.

Tantôt celle-ci agit comme cause excitante, et alors l'accès se déclare immédiatement; mais le plus souvent cela n'a lieu qu'au bout de quelques jours, et l'intervalle qui sépare la frayeur de l'accès est alors marqué par des troubles variés de l'innervation.

Dans ce cas, la modification morale, suite de la frayeur, aura déterminé une exaltation croissante de l'excitabilité, exaltation qui, à un moment donné, peut-être à la suite d'une cause déterminante impossible à découvrir, aura fait éclater un accès. Cette excitabilité semble s'entretenir et s'exalter par chacune de ses manifestations (prop. 10), et voilà comment la maladie devient chronique, comment les accès se rapprochent de plus en plus. Quelque circonstance pourra diminuer momentanément cette susceptibilité de la moelle, et l'on aura une interruption ou un éloignement des attaques ; mais ce n'est là qu'un temps d'arrêt dans la marche de la maladie, les accidents reviendront bientôt aussi intenses, aussi fréquents que jamais. On sait en effet que la guérison permanente d'une épilepsie essentielle est sinon impossible, du moins fort exceptionnelle.

Je dois maintenant revenir pour un instant à la question de l'aura. Peut-elle précéder des accès d'épilepsie essentielle ou symptomatique d'une affection cérébrale ? Oui, sans doute, et il y en a dans la science des exemples irrécusables. Aussi divers auteurs anciens et modernes, Lepois (3), Willis (4), Demoore (5),

(1) *Archives gén. de méd.*, t. IX, 1re série, année 1825.

(2) Mémoire cité.

(3) *De præteritis hactenus morbis*, etc.; 1609.

(4) *Pathologiæ cerebri et nervosi generis specimen* ; Lond., 1678.

(5) *Pathologiæ cerebri*, chap. 13, § 37 ; cité par Tissot.

©BIUM

parmi les premiers; MM. Moreau (de Tours) (1) et Herpin (2), de nos jours, se sont basés sur ces faits pour nier que jamais l'aura puisse être causée par une excitation périphérique. Sans doute, ils ont raison pour certains cas, et en particulier pour ceux sur lesquels ils s'appuient. Il est possible, en effet, que la partie du cerveau primitivement affectée par la cause morale ou physique de l'accès soit le siége de modifications qui font éprouver au malade des sensations dans les organes qui dépendent le plus directement de cette portion de l'encéphale. On observe alors une aura sensitive : ces effets sont analogues aux hallucinations des sens spéciaux chez les aliénés, aux illusions de la sensibilité générale chez les amputés. De même aussi la partie du cerveau ainsi affectée peut donner lieu à des mouvements convulsifs d'une région limitée du corps avant de déterminer la réaction de la moelle allongée, et alors se manifestera une aura musculaire. Ne voit-on pas, du reste, les parties de l'encéphale atteintes de ramollissement, produire dans des régions du corps fort éloignées, d'abord des engourdissements, des fourmillements, ensuite des contractures ?

C'est encore sans doute à l'excitation localisée d'une certaine partie de l'encéphale que l'on doit rapporter les auras motrices consistant en mouvements complets de locomotion, car les expériences de la physiologie moderne ont démontré que des lésions de certaines de ces parties peuvent déterminer des mouvements de translation en avant ou en arrière, ou des mouvements de rotation semblables à ceux qui précèdent quelquefois les accès d'épilepsie.

Que conclure de tout cela? Que l'aura sensitive ou motrice peut se manifester dans les épilepsies essentielles ou symptomatiques d'une lésion cérébrale, aussi bien que dans celles qui

(1) Mémoire cité.

(2) *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*, p. 419 et suiv.

©BIUM

dépendent d'une lésion périphérique ; mais il ne faut pas pour cela en rejeter l'existence dans ce dernier cas.

Je n'ai pas encore terminé l'énumération des causes capables de produire la réaction de la moelle allongée ; il me reste à parler de lésions plus générales, je veux dire de certaines altérations des liquides.

L'épilepsie peut tenir à un vice de proportion dans la quantité absolue du sang. Maisonneuve (1) et Portal (2) ont décrit une épilepsie pléthorique. Les convulsions épileptiformes ne sont pas rares à la suite d'hémorrhagies excessives chez l'homme et chez les animaux ; une perte même peu considérable de sang peut en déterminer chez des sujets dont l'excitabilité est très exaltée ; Fabrice de Hilden en rapporte un exemple intéressant (3).

D'autres fois l'épilepsie dépend de modifications dans les éléments du sang ; tels sont les accidents sur lesquels on a basé récemment la théorie de l'urémie (4). Que dans ces cas il y ait accumulation d'urée ou formation de carbonate d'ammoniaque dans le sang, peu importe ; toujours est-il que c'est à un changement de composition de cette humeur que sont dus les accès épileptiformes des albuminuriques, accès qui peuvent se montrer à une période même peu avancée de cette maladie, et c'est à la même cause qu'il faut rapporter, dans le plus grand nombre de cas, l'éclampsie des femmes en couches. D'autres altérations des humeurs peuvent avoir les mêmes effets ; je ne sais si on les a observés dans la glycosurie ou la leucocythémie, mais tout récemment M. Charcot (5) les signalait comme complication d'une altération des éléments du sang nouvellement décrite : la

(1) Mémoire cité, p. 105.
(2) Ouvr. cité, p. 214.
(3) Centuria 4, observ. 22.
(4) Teissier, *De l'Urémie* (thèse de 1856).
(5) *Gazette hebdomadaire*, 1857, art. *Mélanhémie*.

©BIUM

mélanhémie. Il en est souvent de même dans la cachexie paludéenne.

C'est peut-être encore par les modifications qu'ils impriment au sang que certains poisons déterminent l'épilepsie. Mais ici les causes doivent être multiples. Dans certains cas, l'empoisonnement est chronique, et les poisons peuvent agir sur les centres nerveux, comme excitant local (plomb, mercure); dans d'autres, il est aigu, et la matière toxique peut alors être un excitant direct du tube intestinal (ciguë aquatique, belladone, etc.).

Les poisons morbides ont-ils un effet semblable? Les convulsions sont fréquentes dans les maladies éruptives, surtout chez les enfants, et Sydenham les considérait comme d'un augure favorable, lorsqu'elles se montraient avant l'éruption (1). Sont-elles dues à une altération des humeurs? Cela est fort possible, mais il faut se rappeler combien les excitations, portant sur les terminaisons les plus ténues des nerfs, sont aptes à provoquer les effets réflexes (prop. 8), et peut-être dans ces cas la fluxion qui se fait vers le derme agit-elle comme un excitant périphérique.

Quoi qu'il en soit, la théorie humorale de l'épilepsie est applicable à certains cas; Todd, en la proposant pour tous, n'a que le tort de vouloir généraliser un fait particulier.

V.

Jusqu'ici j'ai surtout eu en vue les accès complets d'épilepsie, ceux qui constituent le grand mal. Mais comment interpréter les accès partiels ou incomplets?

Pour ceux qui ne consistent qu'en phénomènes convulsifs, l'explication est facile. On a vu comment une lésion périphérique détermine une réaction motrice qui, d'abord locale, s'étend ultérieurement aux portions voisines de la moelle et dégénère en

(1) Section III, chap. II.

©BIUM

accès complet d'épilepsie quand elle a atteint la moelle allongée. Mais une semblable extension n'arrive qu'à la longue et la convulsion peut s'arrêter à chacun des degrés intermédiaires; on peut donc voir successivement chez le même individu toute la série des accès partiels sans perte de connaissance, ceux où le symptôme convulsif existe seul.

De même la moelle allongée étant excitée directement, sa réaction pourra varier d'énergie; les contractions qui en résulteront passeront alors par toutes les phases intermédiaires entre l'accès d'épilepsie le plus violent et la simple secousse.

D'autres fois enfin la réaction portera uniquement sur la circulation comme elle portait tout à l'heure seulement sur les muscles de la vie de relation, et l'on aura le vertige et l'étourdissement.

Sans entrer dans plus de détails on comprend comment l'amoindrissement de la réaction par les deux ordres d'organes dépendant de la moelle, ou bien l'absence de réaction par l'un d'eux, pourront expliquer les accès partiels de toute espèce.

A quoi tiennent ces manifestations diverses? Au degré d'excitabilité d'une part, au genre d'excitation de l'autre. Il est probable que celles-ci ont une influence élective sur les réactions qu'elles provoquent. Les excitations extérieures semblent avoir une tendance spéciale à déterminer des accès d'abord uniquement convulsifs. Les excitations cérébrales, morales ou physiques, sont-elles plus aptes à causer d'abord une réaction purement cérébrale ou vertige? Des faits nombreux peuvent le faire supposer, mais c'est là un ordre de considérations trop spéculatives pour que je m'y arrête.

En envisageant de cette manière les manifestations partielles des deux ordres de symptômes, on voit combien de phénomènes pourront être rattachés à l'épilepsie et considérés comme des accès incomplets. Il y a là en effet un danger réel, car l'ensemble de ces manifestations si variées se refuse à entrer dans les bornes d'une définition, et beaucoup de latitude doit nécessairement

©BIUM

être laissée à chacun dans l'appréciation de la nature de tel ou tel accident.

Mais à côté de cet inconvénient il y a des avantages sérieux. Le mécanisme des accès incomplets, ainsi compris, me paraît surtout de nature à mettre facilement d'accord les opinions divergentes qui règnent encore maintenant sur la question d'identité entre les accidents décrits par différents auteurs sous le nom d'éclampsie, de convulsions, d'épilepsie des enfants.

Si l'on consulte les écrits de Sauvage, Pinel, Dugès, Capuron, Billard, de M. Brachet, M. Barrier, M. Duclos (thèse, 1847), les articles *Épilepsie* du *Compendium de médecine*, *Éclampsie* du *Dictionnaire de médecine*, par MM. Blache et Guersant, les leçons cliniques du professeur Trousseau, et surtout l'excellent chapitre de l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez, relatif aux convulsions, on constate facilement que, sur un point au moins, tous ces auteurs sont à peu près d'accord : à savoir, que dans sa manifestation la plus grave et la plus intense, l'accès d'éclampsie ou de convulsion des enfants n'offre aucun caractère qui le distingue de l'accès d'épilepsie de l'adulte.

Mais, à partir de ce point, les divergences commencent, et comme il s'en faut de beaucoup que les convulsions se montrent toujours avec un appareil aussi complet, comme surtout elles sont souvent bornées à un membre ou à deux, ou bien que même plus générales, elles durent plus longtemps que la période convulsive du véritable accès d'épilepsie, et ne sont pas comme lui accompagnées de perte de connaissance, ni suivies de coma, les uns voient dans ces formes moindres un accident tout différent du premier, rattaché par eux à l'épilepsie ; les autres au contraire considèrent tous ces accidents comme des degrés divers d'une même maladie, différente de l'épilepsie, maladie à laquelle ils reconnaissent par cela même une individualité spéciale, à laquelle ils donnent une place particulière dans le cadre nosologique.

Ces deux manières de voir ont pour résultat ou bien de sépa-

©BIUM

rer des accidents qui, bien que variant en intensité, sont en réalité de même espèce et se remplacent souvent les uns les autres, car le même enfant débutera souvent par des convulsions limitées d'un membre pour arriver à l'accès le plus complet, après s'être arrêté à plusieurs formes intermédiaires; ou bien, en respectant le lien naturel qui unit tous ces degrés entre eux, de distraire le groupe constitué par leur ensemble d'une affection qu'on sait leur être identique par les manifestations les plus intenses.

Ne peut-on pas éviter ces deux écueils de la manière suivante? Puisque entre l'accès complet d'épilepsie et l'accès complet d'éclampsie il n'y a pas de différence possible, acceptez l'identité des deux ordres d'accidents, considérez-les comme le même symptôme produit dans des circonstances plus ou moins différentes. Puis poussez plus loin l'analogie en regardant les convulsions moins générales et même aussi limitées que vous le voudrez comme des accès partiels qui s'observent chez les vrais épileptiques et tenant, comme eux, à la diminution de l'un ou de l'autre ou même de l'un et de l'autre des deux ordres de phénomènes qui caractérisent l'accès complet ou bien à l'absence absolue de l'un d'eux.

La réaction d'une portion seulement de la moelle vous expliquera facilement les cas où les convulsions occupent les quatre membres et une partie du tronc, et pourtant se répètent pendant longtemps à des intervalles très rapprochés, ou même sans interruption, et ne sont accompagnées ni de perte de connaissance, ni de coma, ni d'état apoplectique.

Il est vrai qu'alors il sera difficile de faire rentrer toutes ces formes diverses dans les limites d'une définition brève et unique; mais en revanche, on respectera le lien naturel de symptômes semblables, et l'on évitera les embarras et les confusions inséparables de divisions artificielles et arbitraires.

©BIUM

VI.

Marshall-Hall, dans ses études intéressantes sur le pouvoir réflexe (1), considère les phénomènes de l'épilepsie comme dus à l'influence de la moelle allongée. J'adopte entièrement cette opinion, comme on l'a vu, mais je ne puis m'accorder avec cet auteur dans l'appréciation de cette influence.

Remarquant la prédilection d'action de cette partie de l'axe cérébro-rachidien sur les muscles du cou, il attribue à la contraction de ces derniers une importance exagérée : pour lui, le trachélisme (c'est le nom qu'il donne au spasme des muscles du cou) détermine le gonflement et la purpurescence de la figure et du cou; le laryngisme, amenant l'occlusion de la glotte, cause l'asphyxie et avec elle la congestion cérébro-rachidienne, d'où résultent tous les phénomènes cérébraux et spinaux de l'épilepsie, le vertige, l'oubli, le délire, l'apoplexie.

Ainsi la perte de connaissance, dans le petit mal aussi bien que dans le grand, serait consécutive à l'asphyxie, et celle-ci elle-même serait due au laryngisme, c'est-à-dire à l'occlusion de la glotte par le spasme des muscles du larynx. Le remède est donc bien simple : ouvrez à l'air une voie que des muscles convulsés ne puissent fermer, et tous les accidents seront conjurés. La trachéotomie répond à cette indication; avec elle vous ne guérissez pas l'épilepsie, mais vous en prévenez les accès, vous en détournez les dangers.

Il suffit, je crois, d'exposer cette théorie pour montrer combien elle est fausse et dangereuse : la perte de connaissance est primitive, elle constitue seule le vertige, et, dans les grands accès, elle paraît dès le début ; on ne saurait donc la considérer comme produite par l'asphyxie.

Quant à cette dernière, elle n'est nullement due à l'occlusion

---

(1) *Aperçu du système spinal ;* Paris, 1855.

©BIUM

de la glotte ; sans doute les cordes vocales sont contractées pendant la période tonique de l'accès, les analogies anatomiques le font prévoir, le cri initial le prouve, mais ce n'est là qu'un phénomène de peu d'importance. Du reste, leur rapprochement ne peut avoir pour résultat que de fermer la glotte membraneuse ; la glotte cartilagineuse, toujours ouverte, intercepte un espace suffisant pour empêcher l'asphyxie, si les mouvements respiratoires continuaient ; mais la grande cause asphyxiante, celle que Marshall Hall n'a pas vue et qui ôte toute signification à l'occlusion de la glotte, c'est la convulsion permanente des muscles respirateurs, c'est l'immobilisation des parois thoraciques. Que peut faire la trachéotomie contre une pareille cause?

Si je suis parvenu à montrer clairement combien sont variées, à mes yeux, les causes capables de provoquer l'épilepsie, on comprendra sans peine que je n'accorde à l'accès que la valeur d'un symptôme, que par conséquent ce ne soit point contre lui que je croie nécessaire de diriger les principaux efforts du traitement.

Rien surtout ne me paraît plus éloigné de la vérité que l'idée d'appliquer à toutes les épilepsies, quelles qu'elles soient, un même traitement empirique, que ce soit de l'oxyde de zinc ou de la poudre de taupe grillée, du cotylédon ombilicus ou de la poussière de crâne humain.

L'indication principale, celle vers laquelle doivent tendre tous les efforts, c'est la suppression de la cause excitante qui provoque les accès. La recherche de cette cause sera difficile et minutieuse, vu l'innombrable variété de circonstances capables d'agir comme excitant local ou général. Mais je ne doute pas que si des efforts sérieux étaient poursuivis avec courage et persévérance dans ce but, ils seraient souvent couronnés de succès. On reconnaîtrait alors que bien des épilepsies qui passent pour essentielles et incurables sont en réalité symptomatiques et peut-être susceptibles de guérison.

J'insiste donc sur la nécessité de cette recherche sans entrer

©BIUM

dans d'autres détails; je signalerai seulement l'importance qu'ont les phénomènes de l'aura, lorsqu'ils existent, et tout le parti qu'un homme éclairé pourra en tirer.

Mais si tous ces efforts sont infructueux, si l'épilepsie est bien essentielle, que faudra-t-il faire? C'est alors qu'on se trouvera réduit aux moyens hygiéniques, aux formules empiriques.

Les premiers surtout seront d'une grande utilité et devront être employés avec une rigueur excessive. On devra mettre tout en œuvre pour endormir l'irritabilité nerveuse et éviter les excitations de toutes sortes. Souvent les conditions les plus favorables pour atteindre ce but se rencontreront dans le séjour à la campagne. On prescrira un exercice physique journalier et un régime aussi sobre que possible, en ayant soin de maintenir dans une régularité parfaite les fonctions de nutrition et d'excrétion. On entretiendra les fonctions de la peau à l'aide d'une hydrothérapie simple et bien exécutée, enfin on bannira avec le plus grand soin toute cause d'excitation morale et intellectuelle.

C'est par ces pratiques suivies avec régularité et persévérance pendant un temps fort long, que l'on aura quelque chance d'obtenir une amélioration réelle, peut-être même la guérison. On pourra encore y joindre avec discernement l'usage d'un des nombreux médicaments soi-disant anti-épileptiques. Mais il faudra se rappeler la conviction à laquelle arrivent les médecins qui ont une longue expérience de cette maladie, et je citerai entre autres le savant maître sous lequel j'ai étudié l'épilepsie à la Salpêtrière, M. Lélut. C'est que toutes ces préparations, panacées aux yeux de leurs inventeurs, n'ont pour effet que d'éloigner pendant quelque temps le retour des accès. Cette amélioration, quoique passagère, serait un avantage qu'on ne devrait pas négliger, si l'on ne voyait d'ordinaire les attaques momentanément interrompues se reproduire bientôt avec plus de fréquence que jamais, aggravation funeste, qui trop souvent fait plus que compenser les bénéfices temporaires de la médication.

©BIUM

VII.

Les idées principales que je viens d'exposer peuvent être résumées dans les conclusions suivantes :

1° Les attaques convulsives et apoplectiques désignées sous les noms divers d'accès d'épilepsie (grand mal), d'accès d'éclampsie, d'accès épileptiformes, sont identiques dans leurs symptômes.

2° Les symptômes caractéristiques de ces attaques sont des manifestations de la faculté motrice intrinsèque de la moelle allongée (pouvoir réflexe, excito-moteur).

3° Les phénomènes convulsifs de l'accès d'épilepsie produisent l'asphyxie, et celle-ci, à son tour, a pour résultat de suspendre les phénomènes convulsifs en paralysant momentanément la faculté motrice de la moelle allongée.

4° Toute excitation susceptible de provoquer des mouvements réflexes pourra causer des accès d'épilepsie; elle le fera d'autant plus facilement qu'elle portera sur des organes plus aptes à amener la réaction de la moelle allongée, et que l'excitabilité de la moelle allongée elle-même sera plus exaltée.

5° Dans le traitement de l'épilepsie, l'indication principale est de supprimer la cause excitante des accès; si cela est impossible, on doit s'efforcer de diminuer l'excitabilité réflexe de la moelle allongée.

©BIUM

DE

LA DÉMENCE PARALYTIQUE ET DE LA MANIE

AVEC DÉLIRE AMBITIEUX,

PAR

M. BAILLARGER.

Sous la dénomination de *paralysie générale* on désigne aujourd'hui des faits qui sont, au moins en apparence, très dissemblables.

Je me bornerai, sous ce rapport, à signaler deux groupes principaux :

1° Il arrive chaque jour qu'on voie des malades qui sont peu à peu tombés dans la démence, sans offrir de symptômes de réaction et de délire, ou bien ces symptômes ont été si légers, si passagers, si accessoires au milieu des phénomèmes dominants de la démence, qu'ils ne changent rien à la nature véritable de la maladie. En même temps que l'affaiblissement de l'intelligence s'établit on aperçoit des signes d'abord peu appréciables, puis de plus en plus tranchés de paralysie. Bientôt enfin on est en présence d'une démence paralytique dont les symptômess ont si évidents, que personne ne peut plus les méconnaître. Il y a quelques jours encore, je voyais un malheureux confrère qui, depuis trois mois, est tombé dans la démence paralytique, sans aucun signe de délire. Son intelligence s'éteint graduellement, ses traits se relâchent, sa langue s'embarrasse, ses jambes fléchissent; mais on n'observe d'ailleurs aucune conception délirante. Il n'y a non plus ni excitation maniaque, ni dépres- ou mélancolique.

©BIUM

2° A côté de ce groupe très nombreux, il en est un autre qui l'est encore davantage, surtout chez les hommes.

Le malade commence par offrir les signes d'une excitation plus ou moins vive, il va, vient, ne peut rester en place, marche des journées entières, éprouve comme un besoin incessant d'activité. En même temps il fait des projets d'entreprises, achète une foule d'objets, s'emporte dès qu'on le contrarie, ne dort pas. Bientôt à ces symptômes succèdent un délire maniaque complet, avec prédominance d'idées ambitieuses, et une agitation musculaire spéciale différente de l'agitation maniaque simple. En même temps, si on a l'habitude d'observer ces malades, on saisit par intervalles un peu d'hésitation pour la prononciation de certains mots.

Tels sont les deux groupes principaux de malades qu'on désigne également aujourd'hui sous la dénomination commune d'aliénés paralytiques.

Ces symptômes sont assurément tout ce qu'il y a de plus opposé.

C'est dans un cas, la débilité, l'inertie, l'extinction lente des fonctions cérébrales.

C'est dans l'autre, la force, la violence, un surcroît d'activité physique et intellectuelle.

Dans l'état actuel de la science on arrive cependant à concilier tout cela de la manière suivante :

Les uns regardent les faits du premier groupe, la démence paralytique primitive et simple, comme très rares. Bayle les a même tout à fait passés sous silence.

La maladie pour eux commence toujours ou presque toujours par une monomanie avec excitation, laquelle n'est que le début de la manie.

Dans les cas rares où la démence s'établit d'emblée sans délire, on dit que les premières périodes de la maladie ont manqué.

Quant aux faits du second groupe on regarde la manie ambitieuse ou comme une période de la maladie ou mieux comme

©BIUM

la forme aiguë; la démence paralytique primitive constitue alors la forme chronique.

La manie ambitieuse ne serait donc qu'une période, ou une forme de la paralysie générale.

Voilà si je ne me trompe la manière dont les choses sont envisagées aujourd'hui.

Est-ce là véritablement la meilleure interprétation des faits, leur interprétation la plus logique? Je dois avouer que dans ces derniers temps, il m'est venu des doutes à cet égard. Ce sont ces doutes que je vais essayer de justifier dans ce travail.

D'abord, une maladie étant donnée, à quelles conditions est-on fondé à admettre une forme aiguë et une forme chronique?

Il faut pour cela deux choses.

Que la forme aiguë et la forme chronique offrent au fond les mêmes symptômes principaux, et que les lésions anatomiques soient aussi de même nature.

Seulement dans un cas, la marche sera aiguë, rapide, et on observera des phénomènes de réaction.

Dans l'autre, la marche sera lente, et les phénomènes de réaction feront défaut.

Ainsi, si nous prenons la pleurésie aiguë et la pleurésie chronique, nous trouvons ces conditions réunies; mais au fond et malgré des différences accessoires, la nature de la maladie est la même.

En est-il ainsi pour la manie ambitieuse et la démence paralytique? l'une est-elle la forme aiguë et l'autre la forme chronique d'une même affection?

D'abord, au point de vue des symptômes, loin qu'ils soient les mêmes, ils sont au contraire opposés; et, qu'on le remarque bien, il ne s'agit pas ici des symptômes accessoires, mais des symptômes pathognomoniques.

C'est l'excitation intellectuelle et musculaire à côté de la démence et de la paralysie incomplète.

©BIUM

Il n'y a donc pas ici une débilité intellectuelle et musculaire qui tantôt marche très rapidement avec des phénomènes de réaction, et tantôt au contraire très lentement et sans phénomènes de réaction. — Il n'y a rien de semblable; ce sont si l'on veut les convulsions à côté de la paralysie, c'est-à-dire deux appareils symptomatiques de nature différente. Si on compare les symptômes de la manie ambitieuse et de la démence paralytique, il semble donc impossible de les considérer comme les formes aiguë et chronique de la même affection.

Voyons maintenant si la comparaison des lésions anatomiques prouve davantage cette identité de nature.

Il faut avouer ici tout d'abord que la discussion devient plus difficile; la science, en effet, est bien loin d'être fixée sur la cause anatomique de la manie ambitieuse et de la démence paralytique.

Toutefois, je vais essayer d'indiquer ce qui me semble résulter des recherches faites jusqu'ici par divers auteurs, et ce que j'ai moi-même observé dans les autopsies très nombreuses que j'ai faites à Charenton et à la Salpêtrière depuis vingt-cinq ans.

Je viens de dire que Bayle avait méconnu la démence paralytique à l'état de simplicité.

Pour lui, la paralysie générale ou la méningite chronique était une forme spéciale de folie offrant toujours trois périodes, la période de monomanie, la période de manie et la période de démence.

La période de monomanie, comme je l'ai déjà fait remarquer ailleurs, n'est le plus souvent qu'une excitation maniaque commençante que la manie véritable vient bientôt terminer. Or, il y a, au point de vue des lésions anatomiques un fait très remarquable, c'est que Bayle a rapporté les phénomènes de paralysie observés dans les deux premières périodes, à une certaine lésion anatomique, et les symptômes paralytiques de la dernière période à une autre lésion très différente.

©BIUM

Pour cet auteur en effet, la congestion est la cause des phénomènes de paralysie observés dans la manie ambitieuse. L'épanchement séreux et la compression qui en résulte expliqueraient au contraire la paralysie plus prononcée de la période de démence.

Je dois faire remarquer que tout le monde semble aujourd'hui d'accord pour admettre que l'épanchement ne vient pas comprimer les hémisphères cérébraux, mais qu'il comble tout simplement les vides que laisse le cerveau en se rétractant sur lui-même par suite de l'atrophie qu'il subit.

La lésion de la manie ambitieuse (quant aux symptômes de paralysie) est donc pour Bayle une congestion, la lésion de la démence paralytique une atrophie.

J'ajouterai que les cerveaux fortement congestionnés dans la manie ambitieuse aiguë, sont par cela même turgescents et très lourds, tandis que dans l'atrophie ils sont rétractés et très légers.

J'ai vu chez des femmes mortes dans le cours de la manie ambitieuse aiguë, des cerveaux de 1100 à 1200 grammes, tandis que dans la démence paralytique, il n'est pas rare de trouver des cerveaux de 800 grammes.

Dans dix-sept cas de démence paralytique au dernier degré, le poids moyen des deux hémisphères a été de 842 grammes.

Or, l'état normal étant de 1055, il en résulte que, dans la démence paralytique au dernier degré, le cerveau perd au moins 200 grammes, c'est-à-dire plus d'un sixième de son poids.

M. Calmeil qui, on le sait, a combattu sur plus d'un point les idées de Bayle, est loin cependant de rejeter d'une manière absolue son opinion, quant à la cause de la paralysie dans la première période. M. Calmeil dit en effet, dans son article du *Dictionnaire de médecine*, qu'il n'est pas impossible d'expliquer les symptômes de paralysie au début par la seule turgescence du cerveau, c'est-à-dire par l'état congestif de Bayle. Il admet

©BIUM

aussi que dans la dernière période, les épanchements séreux, c'est-à-dire l'atrophie, sont presque constants.

Cette opinion de Bayle que la lésion anatomique des premières périodes est surtout une congestion, est d'ailleurs corroborée au plus haut point par les cas désormais bien avérés de terminaison heureuse, et qui seraient difficiles à expliquer, en admettant des lésions graves et générales de la pulpe cérébrale elle-même.

Mes observations, d'accord avec celles de Bayle, me portent à admettre que dans la manie ambitieuse, il n'y a encore qu'un état congestif et une hypérémie très forte du cerveau.

Que dans la démence paralytique au contraire, il y a une atrophie accompagnée de lésions graves de la substance cérébrale, lésions dont les principales sont l'état granuleux de la substance grise, une induration spéciale de la substance blanche des circonvolutions, l'isolement des deux substances du cerveau.

La comparaison des lésions anatomiques conduit donc comme celle des symptômes à séparer la manie ambitieuse de la démence paralytique.

Pour les symptômes, c'est l'excitation à côté de la dépression; pour les lésions anatomiques, la turgescence congestive à côté de l'atrophie avec désorganisation.

Je ferai d'ailleurs remarquer que cette comparaison de la manie ambitieuse et de la démence paralytique, ne fait que conduire aux résultats déjà signalés par M. Parchappe, pour la manie simple et la démence simple.

Cet auteur, dont le travail sur l'anatomie pathologique est assurément le plus complet qui ait été publié, est arrivé à conclure qu'il y a hypérémie, turgescence, augmentation de poids dans la manie; atrophie, diminution de poids dans la démence.

Or, on l'a vu, les choses ne se passeraient pas autrement pour la manie ambitieuse et la démence paralytique.

©BIUM

Il y a cependant une différence considérable entre les résultats obtenus dans les deux cas, et cette différence est tout entière en faveur de l'opinion qui séparerait la manie ambitieuse de la démence paralytique.

La turgescence du cerveau dans la manie ambitieuse est portée plus loin que dans la manie simple, mais surtout l'atrophie de cet organe est bien plus considérable dans la démence paralytique que dans la démence simple.

Dans la démence simple au plus haut degré, dans celle que M. Parchappe a désignée sous le nom de *stupidité*, le cerveau en effet, d'après cet auteur, ne perdrait qu'un vingtième de son poids au plus, tandis que, comme je l'ai dit, il perd au moins un sixième dans la démence paralytique.

Je ferai remarquer que pour la démence simple, dans les trois premiers degrés indiqués par M. Parchappe, il n'y aurait point d'atrophie proprement dite, au moins d'atrophie absolue.

Le poids moyen du cerveau chez l'homme est, d'après M. Parchappe, de 1323 grammes et chez la femme de 1210 grammes. Or, dans les trois premiers degrés de la démence, la moyenne du poids de l'encéphale est de 1381 grammes pour les hommes et de 1223 pour les femmes.

Dans les trois premiers degrés de la démence, l'encéphale, loin d'être atrophié, conserverait donc, au contraire, un peu de l'augmentation de poids qu'il offre dans la folie aiguë.

J'insiste sur ce fait parce que, dans le dernier degré de la démence, il y a très souvent un engourdissement des mouvements qui constitue une véritable lésion musculaire.

Or, en voyant l'atrophie rapide du cerveau dans la démence paralytique et dans la démence sénile, cas dans lesquels la double lésion musculaire et intellectuelle se trouvent réunies, on se demande si cette double lésion n'est pas la condition de l'atrophie ; sans prétendre trancher en ce moment cette question de physiologie pathologique, je crois qu'elle mérite de fixer l'attention et je me propose de la discuter dans un prochain travail.

©BIUM

Quoi qu'il en soit, il résulte évidemment de ce qui précède que l'atrophie est infiniment plus forte dans la démence paralytique que dans la démence simple ; d'où cette conclusion que si, au point de vue des lésions anatomiques, on est forcé de séparer la manie et la démence, à plus forte raison est-on conduit au même résultat pour la manie ambitieuse et la démence paralytique.

Si donc on s'en tient à la comparaison des symptômes et des lésions, on séparera, sans nul doute, ces deux affections qui cesseraient d'être regardées comme les formes aiguë et chronique de la même maladie ; mais on peut, je le sais, s'appuyer pour les réunir sur d'autres considérations.

La manie ne se termine point fatalement par la démence ; beaucoup de maniaques guérissent, d'autres succombent après un temps plus ou moins long, sans que la terminaison par la démence ait eu lieu.

Il n'en est plus de même, dira-t-on, pour la manie ambitieuse avec quelques signes légers de paralysie ; si on a fait de cette manie ambitieuse une période ou une forme de la démence paralytique c'est que celle-ci succède fatalement à la manie ambitieuse.

« Si, en observant la manie à son début, dit Esquirol, on démêle des symptômes de paralysie, quelque légers que soient ces symptômes, on peut hardiment pronostiquer que la démence succédera à la manie ; il en sera de même de la monomanie, quel que soit le caractère du délire, et l'on peut ajouter que la mort ne tardera pas à mettre fin à la maladie. »

Cette opinion d'Esquirol est encore aujourd'hui généralement admise.

Pour quelques auteurs, il n'est pas même nécessaire qu'il y ait quelques signes même légers de paralysie ; il suffit que la la maladie ait été précédée de congestions cérébrales, ou bien qu'elle soit accompagnée d'un délire ambitieux très tranché. Bayle, en effet, regarde la congestion comme n'appartenant qu'à la méningite chronique : pour lui, elle n'a jamais lieu dans les

©BIUM

autres maladies mentales; cette opinion, alors même qu'elle souffrirait quelques exceptions, est certainement fondée sur l'observation, mais elle a pour conséquence de faire ranger de prime abord tous les malades qui ont eu des congestions dans les paralytiques.

Quant au délire ambitieux, j'ai cité récemment une observation de M. Jules Falret, ayant pour titre *folie paralytique*, et dans laquelle le diagnostic et le pronostic de la maladie, alors qu'il n'y avait encore aucun phénomène de paralysie, étaient principalement, sinon uniquement, fondés sur l'existence du délire ambitieux.

Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'à plus forte raison affirme-t-on l'existence de la paralysie générale lorsqu'on trouve réunis les deux ordres de symptômes.

Il résulterait, comme on le voit, de l'opinion généralement admise, que la manie ambitieuse est en quelque sorte le début de la démence paralytique, et que sous ce rapport la comparaison ne peut plus être continuée entre elle et la manie simple.

C'est là assurément une grave objection, et je suis bien loin de prétendre qu'elle n'ait rien de fondé; sans nul doute, les maniaques ambitieux qui tombent dans la démence paralytique sont beaucoup plus nombreux que les maniaques simples, dont la maladie finit par la démence; mais, d'un autre côté, n'a-t-on pas beaucoup exagéré en faisant de la démence paralytique la terminaison en quelque sorte obligée de la manie ambitieuse? C'est par des faits qu'il convient de répondre à cette question.

Les auteurs ont cité quelques observations de guérisons qui avaient eu lieu alors même que le malade avait présenté les symptômes les plus graves de paralysie; si ces faits sont exceptionnels, ils n'en ont pas moins une très haute signification; il me semble utile de réunir ici ceux que je connais.

©BIUM

OBSERVATION Ire.

Manie avec prédominance de délire ambitieux, accompagnée de symptômes très graves de paralysie générale. — Formation d'eschares. — Guérison. — Durée de la maladie inconnue. — Durée connue de la guérison, vingt-cinq ans.

Cette observation a été recueillie par M. Ferrus : il s'agit d'un malade dont la guérison s'est maintenue pendant vingt-cinq ans. Ce fait est rapporté dans la thèse de M. Lasègue.

« Le malade, ancien professeur de belles-lettres, avait, après de courts prodromes, été pris d'un accès de délire ambitieux, accompagné des symptômes caractéristiques; d'autres accès avaient suivi, pendant trois mois, se répétant à diverses reprises et laissant, dans l'intervalle le plus calme, des idées de grandeur et les troubles nerveux les plus significatifs. Placé dans un asile privé, marchant avec peine, paresseux dans ses mouvements et avide de nourriture, il avait vu sa santé générale se détériorer graduellement; les gencives étaient devenues scorbutiques, des pétéchies avaient apparu, des eschares avaient creusé la peau au-dessous des saillies osseuses et il n'était plus permis d'espérer d'autre terme à ses maux qu'une fin prochaine. Peu à peu et dans un espace de temps assez court, les symptômes s'améliorent, la constitution se raffermit, les mouvements reprennent de la régularité et après un an environ de maladie, la guérison était complète. Elle s'est maintenue jusqu'à la mort, survenue vingt-cinq ans après l'invasion de la paralysie, à la suite d'une affection thoracique. Il n'est resté aucun phénomène pathologique, si ce n'est une gêne singulière de la parole; il ne bégayait pas, mais fréquemment il s'arrêtait avant de prononcer un mot et surtout de commencer une phrase; puis, après cette brusque suspension, il reprenait librement son discours. »

©BIUM

OBSERVATION II.

Manie avec délire des grandeurs, accompagnée de symptômes graves de paralysie générale. — Plaies nombreuses sur divers points du corps. — Guérison. — Durée de la maladie, une année. — Durée connue de la guérison, dix ans.

M. *** est né dans un des comtés de l'intérieur de l'État de New-York et il y habite. Il est d'une taille moyenne; il a les cheveux bruns, les yeux gris, un tempérament lymphatico-nervoso-sanguin. Sa constitution est vigoureuse, son intelligence au-dessus de la médiocrité. Après avoir fait ses études classiques, il a étudié le droit et la jurisprudence et est devenu éminent dans sa profession. Il s'est marié à trente-quatre ans. Sans être intempérant, dans le sens ordinaire de ce mot, il paraît cependant qu'il aimait la bonne chère et qu'il s'adonnait volontiers au luxe de la table. Un de ses oncles du côté paternel était aliéné et une tante du côté maternel avait été mélancolique.

Au mois d'août 1847, il fut vivement affecté par la mort d'un enfant qu'il aimait beaucoup, et au mois de septembre, s'étant engagé dans certaines difficultés d'argent, il devint mélancolique. Au commencement de 1848, il eut dans un même jour *plusieurs attaques épileptiformes*. Ses amis disent cependant que déjà avant cet accident la *parole était embarrassée* et que les muscles de son bras étaient tellement affaiblis qu'il était incapable d'écrire. Sa maladie fit des progrès lents et graduels et il resta quelque temps soigné par les médecins locaux. Le 30 juillet 1848, il fut admis dans l'asile de Blosmingdale, âgé de quarante-deux ans.

A son entrée il est très agité, continuellement en mouvement; il va et vient, parlant sans cesse d'une manière incohérente et surtout d'affaires d'argent. Il a besoin d'aller à la Bourse pour y acheter pour 35,000 dollars d'actions de chemins de fer et y faire une grande spéculation. Il parlait rapidement, mais sautait fréquemment une syllabe et hésitait quelquefois, incapable de

©BIUM

prononcer certains mots. Les pupilles sont contractées, mais de dimensions égales; la langue chargée, le pouls accéléré. Après l'administration d'un purgatif, on lui fit prendre trois fois par jour trente gouttes de vin émétisé avec dix gouttes de teinture de digitale.

Le 31. — Il est toujours très agité, disant qu'il veut sortir de la maison et aller à la Bourse. Sa parole est plus défectueuse qu'hier. Pas de garde-robe. Calomel et jalap.

Le 6 août. — La pupille de son œil gauche est plus large que celle du droit, et il y a évidemment paralysie partielle de tous les membres.

Le 11 août. — Son agitation est presque entièrement calmée, et la paralysie a fait de tels progrès *qu'il ne peut marcher sans aide*. — Supprimer le vin émétisé et la digitale et donner trois fois par jour une infusion tonique.

Le 14. — Ses idées de richesses, de position dans le monde et de pouvoir ont été en augmentant sans cesse depuis son entrée. Il dit maintenant qu'il est entré dans les affaires en empruntant un capital de 300 dollars et qu'avec cela il en a accumulé cinq millions. Dans la ville d'Ostuvo il possède cent cinquante moulins, contenant chacun cinq séries de meules et donnant vingt-cinq mille sacs de farine par semaine, ce qui lui rapporte un million de dollars. Il a en mer sept vaisseaux dont quatre pêchent la baleine, deux sont frétés pour la Chine et un pour la Méditerrannée. Il a acheté toute l'étendue des États-Unis, à l'exception de New-York et de Philadelphie, ainsi que toutes les terres à blé du Canada et tout le Mexique, et tout cela ne lui a pas coûté plus d'un million de dollars. Il possède deux houillères, l'une au Mexique et l'autre dans la Virginie, toutes les mines de cuivre de Wisconsin, une mine d'or en Afrique, toutes celles du Mexique, ainsi que toutes les autres mines d'or et de fer, et le revenu de chacune de ces mines est de soixante et dix mille dollars en trois semaines. Il possède encore : 1° la banque de Milwankee avec un capital de trois cent mille dollars;

©BIUM

2° trois cent mille dollars placés à 12 pour 100 à New-York ; 3° pour cinq millions d'actions du chemin de fer du fleuve Hudson ; et 4° une factorerie dans une des villes situées sur le fleuve Hudson ; enfin il est sur le point de fonder à New-York une banque au capital de deux millions de dollars.

Il affirme qu'il est un des juges à la Cour suprême de l'État de New-York et qu'il est un des membres choisis pour le prochain congrès. On va le nommer ministre en Angleterre ; il sera ensuite élu gouverneur de l'État et il remplacera le général Taylor comme président des États-Unis. Demain, il va partir faire une excursion par Québec, Montréal, Oswego, les chutes du Niagara, l'Ohio, Washington, la Floride, le Mexique et Buenos-Ayres ; il reviendra par la voie de Mexico, le Mississipi, l'Illinois et l'Orégon. Ce voyage lui prendra quatre semaines. Ensuite il partira pour l'Europe et passera deux ans en Angleterre, deux ans en France, un an en Suisse, un an en Allemagne, un en Suède, trois en Russie, un en Norwége, un en Turquie à Constantinople (Con-con-stan-no-nople) et une semaine en Afrique, en tout dix-huit ans. Il emmènera sa femme et ses enfants en Russie, sur un bateau à vapeur de mille tonneaux qu'il fera bâtir exprès pour ce voyage. Il le renverra ensuite avec une cargaison de marchandises anglaises sur lesquelles il gagnera cent mille dollars. A son second voyage, il a l'intention de bâtir à son retour vingt maisons, coûtant chacune dix mille dollars dans un des docks de New-York.

Le 17. — La sensibilité générale est obtuse, son goût imparfait. On lui ordonne du sulfate de magnésie, qu'il boit en solution concentrée, et il déclare que c'est un rafraîchissement de première qualité.

Le 21. — La paralysie a gagné les sphincters de l'anus et de la vessie. Sa manière de parler varie beaucoup et est certains jours bien plus mauvaise que d'autres. Il a presque complétement perdu la mémoire des faits récents. Il dit qu'il a invité plusieurs personnes à dîner, entre autres Dieu et Van Burne.

©BIUM

Un de ses baleiniers est rentré hier avec 1200 barils d'huile, sur lesquels il va gagner 50 000 dollars. En apprenant qu'il y a eu un incendie considérable à Albany, il remarque qu'il ne possédait aucun des monuments brûlés, à l'exception de l'hôtel de l'Aigle, de la maison de ville, de la douane et de l'Odéon, qui tous sont assurés pour toute leur valeur. Il ajoute qu'il a acheté les terrains incendiés et qu'il va les reconstruire tout en marbre; il va faire donner immédiatement 100 dollars aux victimes, et peu à peu il leur donnera 50 000 dollars.

Il y a un grand nombre de plaies sur son corps : les unes semblent s'être produites sans cause extérieure; les autres se sont produites dans les endroits de sa peau qui avaient été dénudés lors de sa grande agitation. Il essaye d'écrire son nom; la main est incertaine et se meut par sauts inégaux, et bien que deux ou trois lettres soient correctes, il y en a d'autres fort imparfaites, plusieurs sont omises, et il y a des signes qui n'ont aucun sens. Il lui faut cinq ou six fois plus de temps qu'il ne lui en fallait autrefois. Dans une seconde tentative, il a un peu plus de succès, mais son écriture n'est pas plus correcte que celle d'un enfant dans ses premiers essais d'écriture en fin.

Le 1er septembre. — La pupille gauche est plus grande que la droite; toutes les deux sont contractées.

Le 3. — Il dit qu'il possède 10 millions de dollars, et que Dieu est descendu le voir; il a maintenant soixante-quatre ans, mais Dieu fera qu'il n'en ait plus que vingt-cinq.

Le 5. — Outre les fausses idées de richesse, il a maintenant de nombreuses illusions religieuses : il dit souvent qu'il est évêque ou ministre, et il assure qu'il va prêcher dans l'église de la Trinité.

Le 17. — Il dit que Dieu est assis sur son trône, au haut de sa chambre et qu'il va prêcher; il nous invite à monter le voir. On lui a mis aujourd'hui un séton.

Le 27. — Son pouls est toujours rapide. Il bat maintenant 124 fois par minute; il est petit et égal. Les pupilles sont à peu près

©BIUM

égales, la langue légèrement chargée, les selles régulières, les sphincters soumis à la volonté, la sensibilité générale moins obtuse qu'elle n'a été. Il écrit mieux qu'il y a quelque temps et peut rester debout, mais il ne peut marcher sans aide. On lui demande quelle est sa fortune. Il répond « 900 000 dollars, » puis hésite un moment et ajoute : « Non, Dieu dit 10 millions. J'ai gagné 10 400 dollars depuis que vous êtes assis là, et je possède pour 1 million de bijoux. »

Le séton a beaucoup suppuré pendant tout le mois. L'infusion tonique fut suspendue au commencement d'octobre, et remplacée pendant une partie du mois par des doses altérantes de bichlorure de mercure. Pendant ce traitement, le séton suppura à peine, la plupart des plaies que le malade avait sur le corps guérirent ; l'appétit, la digestion étaient en bon état. A la fin du mois, il fut pris d'une diarrhée calmée bientôt par les opiacés. Tous les symptômes caractéristiques de la démence paralytique variaient de jour en jour ; mais à partir du 27 septembre, il ne fut jamais mieux que ce jour-là. Le caractère général de son délire resta le même. Un jour il énuméra les différentes places qu'il occupait pour le moment ; c'étaient entre autres, la présidence de plusieurs banques, de compagnies d'assurances et de chemins de fer ; une foule d'évêchés ; plusieurs emplois du gouvernement. L'ensemble de ses appointements montait à 75 000 dollars.

Le 3 novembre 1848, le malade sortit de l'asile de Bloomingdale pour entrer dans la maison particulière du docteur Macdonald, à Fleeshing. Après une résidence de quelque temps sa position commença à s'améliorer, et au bout de quelques mois il en sortit guéri. Le docteur Macdonald étant mort peu après, je n'eus pas la facilité de causer avec lui de ce cas si remarquable, mais le docteur B. Ogde m'a fait savoir que l'on n'avait pas supposé que ce fût au traitement employé qu'était due cette cure, et que le docteur Macdonald l'attribuait tout entière aux efforts de la nature.

©BIUM

Ce monsieur vit toujours. Il jouit d'une excellente santé physique et intellectuelle, et il s'occupe d'affaires importantes avec succès.

Cette observation m'a été communiquée par M. Foville fils. Elle a été traduite par lui et extraite d'un travail du docteur Earle sur la paralysie générale, travail publié en juillet 1857, dans le *the American Journal of the Medical science.*

On voit que la guérison se maintenait depuis près de dix ans.

OBSERVATION III.

Paralysie générale. — Symptômes de la dernière période. — OEdème aigu de l'une des jambes, avec gangrène. — Guérison. — Durée de la maladie, inconnue. — Durée connue de la guérison, six ans.

« A la suite d'un violent chagrin, le général bavarois X..., appelé à commander, en 1848, un camp d'observation, s'échappa de son armée. On le rencontra à une certaine distance, dans un état déplorable; ses vêtements sont en désordre. X... est plongé dans la stupeur la plus profonde. Placé à l'asile d'Erlangen, il ne tarda pas à donner des signes non équivoques de paralysie générale. X... était arrivé promptement à la dernière période de la maladie, lorsque survint à l'une de ses jambes un œdème aigu, avec gangrène et eschare partielle.

A dater de ce moment, les phénomènes paralytiques disparaissent d'une manière rapide, X... guérit complétement. M. Renaudin, qu'on avait consulté dans le courant de sa maladie, en a eu des nouvelles depuis peu ; la guérison ne s'est pas démentie. »

Cette observation est rapportée dans la thèse de M. le docteur Beaume ; elle lui a été communiquée par M. Renaudin.

©BIUM

OBSERVATION IV.

Manie aiguë. — Tendance au délire ambitieux. — Faiblesse de la mémoire. — Démarche mal assurée. — Éruption de furoncles, suppuration abondante. — Embarras de la parole. — Guérison. — Durée de la maladie, un an environ. — Durée de la guérison, cinq ans. — Mort subite par hémorrhagie cérébrale.

En voyant l'extrême fréquence des crises dans la manie ambitieuse, accompagnée ou non de signes de paralysie générale, j'ai pensé que peut-être Esquirol aurait rapporté quelques observations de ce genre dans son mémoire sur les crises dans la folie. J'ai trouvé le fait suivant, que je cite en entier pour qu'il ne reste aucun doute sur l'existence de la paralysie générale :

« M. de T..., ancien militaire, âgé de quarante-sept ans, issu d'un père et d'un oncle aliénés, d'un tempérament sanguin, sujet depuis de longues années au *tremblement des mains*, était d'un caractère doux, indifférent, irrésolu, d'un esprit borné, peu propre à l'étude. Quoique sans passions, il aimait beaucoup les femmes, et n'était point difficile sur le choix. Son éducation fut négligée, et sa fortune altérée par l'injustice de ses parents et par les suites de la Révolution. Sa femme ayant eu onze fausses couches, il s'affligeait beaucoup de n'avoir pas d'enfants auxquels il put donner son nom et sa fortune. Depuis quelque temps, le tremblement des mains ayant diminué, le malade a eu quelques hémorrhoïdes et est devenu plus sombre. Pendant l'été de 1801, il devint triste, taciturne, indifférent pour ses affaires, sa femme et ses amis ; se permettant des propos très libres avec les dames ; mangeant beaucoup, faisant moins d'exercice, il prit de l'embonpoint.

Printemps de 1803. — *Affaissement des qualités intellectuelles, surtout de la mémoire.* Le malade sort de chez lui sans but et y rentre de même sans motif et à toutes les heures ; deux fois le même jour, il se rend à pied chez une dame et chez une cousine pour demander leur main ; une autre fois, il veut

©BIUM

aller se noyer; enfin, il y a quelques jours, il déserte son hôtel, ne rentre point, et on le trouve à pied, à plusieurs lieues sur la grande route, sans savoir où il porte ses pas.

1er mai 1802. — Le malade est conduit à Paris et confié aux soins de Pinel et aux miens. M. de T... a la face pâle, les traits relâchés, les yeux fixes; il tremble des mains; il *vacille sur les jambes;* il a un appétit vorace, de la soif, de la difficulté et de la douleur en urinant. La *mémoire est affaiblie*, les idées intermédiaires manquant pour suivre un raisonnement; quelquefois M. de T... devient violent: son délire tient alors de l'exaltation; la face se colore, les yeux sont brillants, les mouvements sont libres et continuels; le malade crie, brise, déchire, déplace, ramasse tout ce qu'il rencontre. Des sangsues sont appliquées à l'anus et coulent abondamment, des boissons laxatives provoquent des déjections sèches et noires; le sommeil est troublé par des rêves affreux.

Juin. — Bains à 22°; douches sans nul effet; vésicatoire à la nuque suivi de rémission; quelques jours après, frisson, tendance à l'assoupissement; retour du délire, de l'agitation, de la fureur et du besoin de déchirer; sangsues à l'anus.

19. — Flux hémorrhoïdal, suivi de plus d'exaspération; propos obscènes; projet de mariage; besoin irrésistible de marcher et d'exercer ses mains à mal faire. Bains avec lotion d'eau froide sur la tête.

29. — Tout à coup, cris affreux, hurlements; M. de T... appelle son fils (il n'a pas d'enfant); il s'obstine à rester nu. Alors la face est très rouge, la peau brûlante, la fureur éclate pour la plus légère contrariété. Cet état augmente pendant la nuit. On multiplie des lotions d'oxicrat sur la tête; plusieurs verres d'émulsion sont bus avec avidité. On laisse le malade au grand air, se promener tout nu, on l'éponge avec l'eau froide, rien ne le calme. A deux heures de la nuit, le malade, qui s'était endormi en se couchant, rendu de fatigue, est éveillé par un rêve affreux: il croit être entouré de voleurs; il place avec effort

©BIUM

son lit contre la croisée pour les empêcher d'entrer. —En même temps, il pousse des cris effrayants, frappe à coups redoublés contre les murs, contre la porte de sa chambre; j'accours auprès du malade; mes exhortations, la présence de plusieurs domestiques ne peuvent ni le rassurer ni faire cesser ses vociférations; la face est extrêmement rouge, les vaisseaux sanguins du col, de la tête, sont très gonflés, la peau est brûlante, la fureur extrême; je menace le malade de la douche; il la désire, la reçoit, se calme; à mesure que l'eau froide tombe sur sa tête il remercie du bien qu'on lui fait, se couche, boit plusieurs verres d'émulsion très fraîche, et dort très bien le reste de la nuit.

30. — Calme, délire d'actions qui semble provoqué par le génie de la destruction; en déchirant son linge, M. de T... assure qu'il fait des chemises, des draps, des matelas. Le vésicatoire coule, quoique souvent arraché. Tisane amère laxative.

1er juillet. — Retour des cris, de l'agitation et de la fureur. Lotions d'oxicrat sur la tête et sur tout le corps, suivies de sommeil.

3. — Furoncles au dos et au bras; calme, tristesse, pleurs; moins de délire, même besoin d'agir et d'exercer ses mains, dévoiement.

5. — Nouvelle exaspération, mais passagère, et pendant laquelle la face est très rouge.

8. — Application de sangsues à l'anus; le vésicatoire et plusieurs furoncles se dessèchent, par l'impossibilité de maintenir l'appareil du pansement.

9. — Alternative de calme et d'agitation. M. de T... détruit tout; il démolit, dit-il, pour rebâtir; il casse pour faire des objets neufs; il arrache les arbres pour activer la végétation; il déchire son linge pour en augmenter la quantité; il se marie avec sept à huit femmes; il crie pendant la nuit; par instants il fait des hurlements. Le 10, à une heure de la nuit, il jette contre sa porte le bois de son lit, qui est d'un poids énorme. On arrive

©BIUM

auprès du malade, on le trouve pâle, tremblant, effrayé ; il croit avoir vu quatre voleurs qui voulaient entrer dans sa chambre. On le rassure, on lui mouille la tête, on lui éponge tout le corps avec l'oxicrat très froid, on le couche, et il dort parfaitement le reste de la nuit.

12. — Bains tièdes, douches tous les deux jours, calme, instants lucides, sommeil. Vers la fin du mois, l'agitation reparaît, toujours précédée par la pâleur et accompagnée de rougeur de la face, de chaleur et de soif. Le vésicatoire est séché, et les furoncles n'ont plus suppuré ; le dévoiement a cessé.

30. — Instants lucides, promenades au dehors ; le malade déchire moins, reste vêtu, mange avec propreté, mais dès le point du jour il bouleverse tout dans sa chambre. Bains tièdes, aloès, poudre de racine de rhubarbe mêlée avec la poudre de feuilles d'oranger.

20 août. — Éruption de plusieurs furoncles; même traitement ; boisson amère.

27. — Retour sensible vers la raison; le malade a écrit à sa femme.

30. — Suppuration abondante des furoncles, sommeil ; le malade ne déchire plus, mais tous les matins son lit est bouleversé.

4 septembre. — Rougeur de la face, agitation, délire, impatience. Les furoncles coulent peu ; retour des forces.

13. — Nouveaux furoncles, calme, presque point de délire.

21. — Suppuration abondante des furoncles ; le malade jouit de toute sa raison, désire voir sa femme, et parle de retourner chez lui.

29. — Agitation, pleurs, idées disparates, selles abondantes ; laxatifs combinés avec les amers et alternés avec les bains tièdes.

11 octobre. — Raison parfaite ; *mémoire un peu faible;* face décolorée par moments ; *léger embarras de la langue, démarche lente, peu sûre.* Les furoncles commencent à sécher,

©BIUM

Promenade à pied, en voiture. Quinquina, vin d'Espagne, cautère au bras.

Novembre. — Rétablissement des forces, mouvements faciles, gaieté, prévenances sociales.

25. — Arrivée de sa femme ; il a été plus triste et plus rêveur les jours suivants ; les yeux sont rouges. Céphalalgie.

28. — *Légère paralysie de la langue*, dissipée par l'exercice et le travail du jardin ; bains de pieds sinapisés plusieurs jours de suite, lavements purgatifs, sangsues à l'anus le 29.

Décembre. — Vésicatoire à la nuque, qui a coulé pendant quelques jours ; infusion d'arnica. Santé parfaite.

Le malade est parti pour la province le mois suivant, pendant une gelée très forte. Sa voiture a été renversée et a roulé à plusieurs toises de profondeur, sans que la raison ait éprouvé la moindre atteinte de cette violente secousse. *Cinq ans après*, M. de T..., dont les hémorrhoïdes coulaient abondamment et qui jouissait d'une très bonne santé, fut frappé de mort par une hémorrhagie cérébrale. »

Observation V.

Manie avec délire des grandeurs, accompagnée de symptômes graves de paralysie générale. — Abcès du foie. — Guérison. — Durée de la maladie, huit mois. — Durée connue de la guérison, trois ans.

Cette observation est empruntée à M. Morel, il s'agit d'un ouvrier devenu d'abord mélancolique et chez lequel se déclara bientôt un accès maniaque.

« Lorsque ce malade fut confié à nos soins, dit M. Morel, il était livré à une agitation violente ; son délire des grandeurs augmentait la gravité du pronostic par sa coïncidence avec un embarras très grand dans la parole et un affaiblissement des extrémités inférieures qui le faisait chanceler comme un homm ivre. Pendant plus de sept mois, ce malheureux offrit toutes les phases de la paralysie générale, jusqu'à ce qu'enfin nous fûmes obligés de l'aliter

©BIUM

à cause de son état d'épuisement et de marasme. Un abcès du foie vint compliquer la situation ; plus d'un litre de pus s'écoula dans une première ponction pratiquée dans le foyer. Nous ne pûmes calculer ce que le malade perdit par une suppuration successive qui dura plus de quinze jours et qui avait son issue par la fistule que nous dûmes entretenir. Nous ne pouvions supposer que la continuation de l'existence fût possible avec des désordres aussi graves. Cependant vingt jours après avoir été alité, la fièvre était moins ardente chez ce malade ; il prit des forces ; il ne délirait plus dans le sens des grandeurs, il n'était plus Napoléon, ne distribuait plus ni charges, ni dignités. Ses conversations avec les siens étaient l'expression de la raison ; l'embarras de la parole allait en diminuant pour disparaître tout à fait, et lorsque cet aliéné sortit, après plus de huit mois de séjour, il put non-seulement reprendre son état de teinturier à Nancy, mais il transporta son industrie à Paris, où, depuis trois ans, il l'exerce sur une plus vaste échelle, sans que sa raison ait souffert la moindre atteinte, sans que les phénomènes de la paralysie aient reparu. Tel est cet homme dont nous avions pronostiqué non-seulement l'incurabilité, mais encore la fin prochaine. »

OBSERVATION VI.

Manie avec délire ambitieux et embarras de la parole. — Paralysie générale confirmée. — Écoulement purulent par les oreilles. — Guérison. — Durée de la maladie, un an. — Durée de la guérison, inconnue.

« P..., né en 1814, célibataire, domestique, a toujours eu une conduite exemplaire sous tous les rapports.

Ce garçon entre en décembre 1854 à l'asile de Sainte-Gemmes, pour une affection caractérisée par une certaine agitation, des idées de grandeur, et un embarras dans la parole, qui font diagnostiquer une paralysie générale progressive.

©BIUM

En juin 1855, la paralysie est confirmée, mais les idées de grandeur ont disparu ; P... est calme et travaille.

L'embarras de la parole est considérable, et la sensibilité morale très exaltée.

Décembre 1855. — Il survient des symptômes de méningo-encéphalite suraiguë. Malgré le délire le plus aigu et le plus véhément, il y a cependant, par instants, retour au libre arbitre et à la conscience de son état. Les hallucinations de la vue et de l'ouïe, ainsi que de l'hyperesthésie cutanée, augmentent la nuit ; la fièvre est intense. (Le cinquième jour de cet état, saignée aux deux artères temporales ; 300 grammes environ ; un vésicatoire à chaque mollet.) La face, jusque-là très rouge et bouffie, pâlit. Le malade devient plus calme.

Le lendemain, écoulement de pus par les deux oreilles ; la fièvre est tombée ; le délire est peu intense et offre de fréquentes rémissions ; les vésicatoires donnent un séro-pus abondant les jours suivants ; l'écoulement des oreilles continue quelque temps.

Janvier 1856. — L'amendement progresse ; le malade est calme pendant le jour, mais tous les soirs il a des hallucinations et un peu de délire suraigu.

Février. — Rémission permanente, plus de délire du tout.

Mars. — La rémission continue ; l'embarras de la parole diminue.

Avril. — La rémission est aussi complète que possible.

Mai. — Sortie en bon état apparent.

Mais P... retombera-t-il ? Il faut le craindre,

Il n'avait toujours pas été reconduit à l'asile en septembre 1857. »

Cette observation est citée par M. Combes dans sa thèse sur la marche de la folie.

Le fait suivant a été recueilli par M. Beaume et rapporté aussi dans sa thèse.

©BIUM

OBSERVATION VII.

Manie. — Délire ambitieux. — Paralysie générale à la seconde période. — Mort imminente. — OEdème aigu de la jambe droite, eschares. — Guérison. — Durée de la maladie, plus d'une année. — Durée de la guérison, inconnue.

« A son entrée à Maréville, nous n'observions chez la femme Leb..., dit M. Beaume, qu'un délire des grandeurs avec une inégale dilatation dans les pupilles. La malade se disait décorée par Napoléon pour avoir vaincu Abd-el-Kader; elle ne comptait que par millions, distribuait des honneurs et des dignités à tout le monde. Au bout d'un an la paralysie générale en était à la *seconde période*. En novembre et décembre 1853, la femme Leb... tomba dans cet état congestionnaire qui précède si souvent la terminaison funeste des paralysies. La malade criait nuit et jour, et n'avait pas un instant de repos. Au moment où nous regardions la mort comme imminente, il se déclara à la jambe droite un œdème aigu, comme dans le cas précédent, avec gangrène et eschare partielle. L'agitation alla en diminuant à mesure que la plaie prenait un meilleur aspect, tous les symptômes de paralysie s'amendèrent, et depuis deux mois cette malade a recouvré des forces et de l'embonpoint; ses pupilles sont dilatées à peu près également, le délire a disparu. Leb... manifeste les sentiments les plus naturels à l'égard de sa famille; elle s'occupe activement et tourmente pour avoir sa sortie. »

La huitième observation est empruntée à la thèse de M. le docteur Fabre. Comme on le verra, le malade a guéri après avoir subi l'amputation de la cuisse. J'ai moi-même recueilli un fait semblable que je citerai plus loin.

©BIUM

OBSERVATION VIII.

Manie. — Délire ambitieux. — Embarras de la parole. — Paralysie générale confirmée. — Entorse suivie d'accidents qui nécessitent l'amputation de la cuisse. — Insensibilité du malade pendant l'opération. — Suppuration très abondante. — Durée de la maladie, six mois. — Durée de la guérison, inconnue.

« Louis Buffé, âgé de quarante-sept ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une taille moyenne, ayant le système musculaire développé et le crâne bien conformé, fut conduit à l'hospice de Bicêtre le 3 mai 1830. Sa femme, qui nous a fourni des renseignements sur son compte, nous a assuré qu'après avoir offert depuis plusieurs années une bizarrerie croissante, il avait fini par montrer de l'incohérence dans les idées et ne plus parler que de fortune et de grandeurs. Il possédait, disait-il, 50 000 fr. de rente, tantôt des millions, tandis qu'il avait à peine de quoi vivre. Lorsque nous pûmes observer cet infortuné, nous constatâmes une diminution très marquée de l'intelligence, de l'incohérence dans les idées, de l'embarras dans l'action de la parole, quelques légers tremblements des membres, et une faiblesse musculaire bien marquée. Ses discours étaient le plus souvent décousus, et sa mémoire en défaut. Il ne paraissait occupé que d'idées de richesse et d'ambition.

Cet infortuné, en cherchant à s'évader, fit une chute de trente pieds de hauteur (10 mai). On le transporta à l'infirmerie, où je constatai l'existence d'une fracture des os propres du nez, avec saillie des fragments à droite. Le blessé portait en même temps une plaie contuse à la partie interne du sourcil gauche. — L'articulation du cou-de-pied gauche était tuméfiée et présentait les traces d'une forte contusion.

Pour ne pas donner, jour par jour, les détails que j'ai recueillis, parce qu'ils occuperaient plus d'espace que je ne peux leur en consacrer, je me bornerai aux principaux. — La plaie du sourcil se cicatrisa promptement, et la fracture des os pro-

©BIUM

pres du nez se consolida sans accidents. Les résultats ne furent pas si heureux pour la jambe et le cou-de-pied gauches. Malgré l'usage de tous les moyens appropriés en pareil cas, la tuméfaction devint énorme et dépassa le niveau de la rotule. Il tomba une large eschare; il se forma de vastes collections purulentes dans l'épaisseur de la jambe, et bientôt il en sortit des flots de pus. On sentit à nu le tibia et le péroné, et on reconnut que les surfaces osseuses de l'articulation du cou-de-pied étaient cariées.

Les forces du malade étaient anéanties par une suppuration si abondante et un dévoiement continuel; la suppuration se tarissait; une teinte jaune-paille de la peau, la toux et une accélération dans les mouvements respiratoires, donnaient déjà les signes d'une résorption purulente, lorsque M. Murat, ne voyant que des chances d'insuccès, ne se détermina à pratiquer l'amputation du membre que sur les instances de M. Ferrus.

Avant d'aller plus loin, je ferai remarquer que, pendant tout le temps qui précéda l'opération, Buffé ne témoigna aucune douleur, et nous assurâmes à plusieurs reprises, en le piquant [redacted] ingle, que non-seulement la peau, mais encore les [redacted] profondément situées, avaient perdu leur sensibilité. Les accidents qui avaient accompagné la chute, loin d'apporter quelque amendement dans les symptômes cérébraux, parurent les augmenter en intensité.

Lorsque M. Murat pratiqua l'amputation (26 juin), il trouva la jambe désorganisée si haut, qu'il fût obligé d'opérer la section à la partie moyenne de la cuisse. Une circonstance qui étonna tous ceux qui assistaient à l'opération, c'est que cet infortuné ne se douta même pas qu'on la lui pratiquait, et ne donna aucun signe de douleur.

Pendant le premier mois suivant, il n'y eut rien de remarquable, si ce n'est l'amélioration de son état général, et la diminution progressive de la plaie résultant de l'opération. Dès les premiers jours du mois d'août, Buffé remarqua, à sa grande surprise, qu'il n'avait plus qu'une jambe. Depuis ce moment,

©BIUM

les symptômes de l'aliénation mentale disparurent sensiblement. Il cessa de parler de fortune et de grandeurs ; sa parole redevint libre, la faiblesse musculaire disparut, et la sensibilité générale recouvra ses droits. Il sortit de l'hospice de Bicêtre le 6 octobre 1830, parfaitement guéri de tous ses maux. »

Observation IX.

Manie avec délire des grandeurs, accompagnée de symptômes graves de paralysie générale. — Guérison après huit ou neuf mois.

M. L..., âgé de quarante-quatre ans, avait un de ses frères dans un état voisin de l'idiotie ; il avait fait beaucoup d'excès de toute sorte. En 1815 il fut atteint d'un accès de manie, qui se dissipa complétement au bout d'un temps assez court ; en mai ou juin 1818, il eut une attaque de paralysie, devint mélancolique, et bientôt après fut pris d'une manie avec délire ambitieux. « Il avait 500 000 francs de re[illegible] ministre, maréchal de France, il parlait beaucou[illegible]e grande exaltation ; mais sa prononciation était so[illegible] difficile et il bégayait, sa démarche était mal assurée. »

Il resta ainsi sept mois dans un état violent de manie, et M. Bayle, qui cite cette observation, ajoute : « Que non-seulement le délire avait le caractère ambitieux le plus marqué, mais qu'en outre la démarche était chancelante et la langue très embarrassée ; enfin le malade urinait souvent sous lui sans en avoir conscience. »

Malgré ces symptômes si graves, le malade guérit et M. Bayle ajoute que cet exemple de guérison est plus frappant que ceux qu'il a déjà rapportés, parce que le rétablissement de la raison a été complet et durable.

Si nous cherchons à résumer les principaux traits des observations qui précèdent, nous voyons que le malade observé par

©BIUM

M. Ferrus avait des eschares et « qu'il n'était plus permis d'espérer d'autre terme à ses maux qu'une fin prochaine. »

Dans la seconde observation « la paralysie générale avait fait de tels progrès que l'aliéné ne pouvait plus marcher sans aide. »

Le général pour lequel M. Renaudin a été consulté était rapidement arrivé à la dernière période.

Enfin M. Morel, dans la cinquième observation, déclare que son malade « avait parcouru toutes les phases de la paralysie générale, qu'il était tombé dans un état d'épuisement et de marasme, et qu'il avaité été regardé non-seulement comme incurable, mais encore comme condamné à une mort prochaine. »

Dans la neuvième observation, nous voyons que les signes de paralysie étaient aussi très graves; la parole était très embarrassée, la démarche chancelante, le délire avait le caractère ambitieux le plus marqué.

Dans tous les autres cas, la paralysie générale était confirmée.

Que dire [illegible]ence de telles observations empruntées à des auteurs [illegible]ents et accompagnées de détails qui ne peuvent [illegible] doute sur le diagnostic ?

Devant [illegible] faut bien admettre que la manie ambitieuse peut guérir au moins dans quelques cas rares, alors même qu'il existe des symptômes très graves de paralysie.

Mais comment n'en pas conclure que cette affection doit guérir plus souvent encore quand les signes de paralysie sont très légers et à peine appréciables ?

Il y a un fait désormais hors de toute contestation, c'est que si les véritables guérisons sont rares, il est très fréquent de voir les symptômes de la manie ambitieuse se dissiper graduellement pour faire place à un état de santé au moins apparent, mais qui ne se maintient pas au delà de quelques années dans les cas les plus favorables ; on a désigné jusqu'à présent ces guérisons incomplètes sous le nom de rémissions et j'ai moi-même dans un mémoire appelé l'attention sur l'état intellectuel des malades pendant la durée de ces rémissions qui n'ont été considérées

©BIUM

jusqu'à présent que comme un temps d'arrêt dans la marche de la paralysie générale.

Ces rémissions sont très fréquentes, et il ne s'agit plus ici de cas exceptionnels ; M. Moreau de (Tours), qui voit à Bicêtre tant d'aliénés paralytiques, me disait récemment encore que ces faits se présentaient désormais si souvent qu'il avait cessé de les compter.

J'ai longtemps partagé l'opinion générale sur ces rémissions, mais des exemples récents me font penser que si l'on avait suivi les malades plus longtemps, on serait arrivé à constater qu'il en est qui ne conservent absolument rien d'appréciable de leur ancienne maladie. Or, quand ceux-là retombent malades comme cela arrive en effet trop souvent, il s'agit bien réellement d'une récidive, et il n'y a pas eu, dans ce cas, simple rémission. On sait que les congestions ont la plus grande tendance à se reproduire quand elles ont eu lieu une première fois et il n'y a rien d'étonnant qu'il en soit ainsi dans une maladie dont le point de départ est la congestion [redacted] ou plutôt qui n'est elle-même qu'une forme de ce[redacted]n ; il faut dire aussi que ces rechutes sont souven[redacted]s par des causes très faciles à apprécier, et j'en pourrais citer plusieurs exemples.

Mais est-il vrai que les malades retombent fatalement, à part quelques cas exceptionnels ? A-t-on fait une enquête suffisamment rigoureuse ? De ce qu'on a vu beaucoup de malades frappés de nouveau, n'en a-t-on pas conclu, sans plus de recherches, que c'était bien réellement la règle ? Une observation ultérieure plus complète pourra seule permettre de répondre à ces questions.

Jusqu'à nouvel ordre, il n'y a, sous ce rapport, de démontrée entre la manie ambitieuse et la manie simple, d'autre différence que la plus grande facilité aux récidives dans les premiers cas, et la nécessité de continuer l'emploi de certains moyens de traitement pour les prévenir.

©BIUM

Il est bien vrai que, très souvent, le malade conserve quelque chose de sa maladie; mais ces symptômes isolés et légers ne peuvent-ils se dissiper à la longue, et, dans le cas contraire, suffisent-ils toujours pour qu'on soit fondé à admettre la persistance d'une démence paralytique. M. Billod, par exemple, cite l'observation d'un aliéné qui, redevenu très intelligent, ayant recouvré toutes ses forces musculaires, présentait encore un peu d'embarras de la parole; ce symptôme isolé qui a persisté vingt-cinq ans chez le professeur observé par M. Ferrus, ne suffit certainement pas pour constituer à lui seul une démence paralytique. J'ai vu moi-même un fait semblable, le malade que j'ai suivi pendant six ans ne conservait de son ancienne affection qu'un peu de bégaiement.

Dans d'autres cas, au contraire, il reste quelques signes d'affaiblissement de l'intelligence, signes qui peuvent persister sans s'aggraver et permettre au malade de vivre dans sa famille.

J'ai été consulté, avec MM. Ferrus, Foville et Pinel, pour un aliéné qui, interdit pendant sa maladie, est parvenu à se faire relever de son interdiction, s'est marié et n'offre, dit-on, depuis trois ans, aucun signe de son ancienne affection. Ce malade avait évidemment encore, lorsque je l'ai observé, quelques signes d'affaiblissement de l'intelligence; mais alors même qu'ils auraient persisté, ces signes très légers ne constituent pas la démence paralytique, mais tout au plus un commencement de démence simple. Je pourrais citer d'autres cas semblables.

Il est des sujets qui tombent dans la manie chronique, n'offrant plus ni le délire ambitieux, ni les signes légers de paralysie, qui avaient marqué le début de la maladie. Un aliéné que j'ai observé est resté neuf ans dans cet état, et on avait tout à fait oublié les symptômes graves du début, lorsqu'ils reparurent tout à coup, à la suite d'un changement de régime; la paralysie générale, accompagnée d'un retour de délire ambitieux, marcha très rapidement et ce malade succomba après deux mois.

Comme mode de terminaison en dehors de la démence

©BIUM

paralytique, je signalerai encore quelques cas de démence simple, avec ou sans persistance de délire ambitieux. Esquirol cite un cas de ce genre; le malade était depuis huit ans dans un état de démence au premier degré, sans que la paralysie fût survenue.

J'observe un fait semblable et dans lequel la suspension des accidents date de plus de douze années.

Il faut ajouter que la manie ambitieuse se termine par la mort avant que les symptômes de la démence paralytique soient développés; ces cas ne sont pas rares et on en peut lire plusieurs dans la collection d'observations de M. Parchappe, qui, comme je le dirai plus tard, les a laissés réunis à la manie simple.

Enfin la manie ambitieuse avec ou sans quelques signes de paralysie, n'est assez souvent que l'une des phases de la folie à double forme. J'ai vu un fait de ce genre avec MM. Parchappe et Brierre de Boismont. M. Lunier m'en a communiqué un second; enfin M. Renaudin en a rapporté un troisième très curieux, à cause de la gravité extrême des symptômes de paralysie. Je citerai ici ces trois faits, qui se lient étroitement à la question de la curabilité de la manie avec délire ambitieux.

Observation X.

Manie avec délire ambitieux. — Inégalité des pupilles et un peu d'hésitation de la parole, précédée et suivie de mélancolie.

M. X..., d'un caractère vif et enjoué, se trouvait au milieu des circonstances les plus heureuses de famille et de fortune, lorsqu'il a été pris tout à coup, dans le mois de juillet 1852, de symptômes de mélancolie. « Il s'opéra alors chez lui une véri-» table révolution; il devint triste, rêveur, son appétit di-» minua, etc. »

Bientôt découragement, dégoût des affaires, inactivité et enfin menaces de suicide.

©BIUM

Le 3 novembre, M. X... revient chez lui après un voyage de deux mois; tout le monde est frappé de sa pâleur et de son amaigrissement.

L'état de prostration se prolongea jusque dans le courant du mois de juin 1853.

Alors transformation des symptômes de mélancolie en ceux d'une excitation modérée, mais qui bientôt devait franchir ces limites et revêtir le caractère maniaque.

M. X..., devient aussi gai, aussi actif qu'il avait été triste et engourdi; il voit tout en beau, plaisante lui-même de son ancienne tristesse et de ses chagrins passés; il parle avec volubilité et commence à entretenir sa famille de projets dont plusieurs paraissent bizarres.

Il veut, entre autres choses, bouleverser complétement ses magasins, et met son dessein à exécution, malgré l'opposition de son frère.

Le 10 novembre, il achète, sans nécessité, une masse de boiseries, de casiers, de comptoirs; il fait présent de sa chaîne de montre à son contre-maître et lui promet d'augmenter ses appointements. L'activité est devenue extrême, et la maladie, qui pouvait jusque-là être méconnue, devient dès ce moment évidente.

Le 13 novembre, M. X... a la figure vultueuse, les yeux animés, ses paroles sont incohérentes et dépourvues de sens.

Dès ce moment, scènes de violence et querelles pour des motifs futiles. M. X... met tout le monde dans la confidence de ses affaires; il rêve des bénéfices chimériques, etc.

Il refuse d'ailleurs de suivre aucun traitement, et, loin de là, aggrave son état, dont il n'a pas la moindre conscience, par des excès de liqueurs. Les prodigalités se succèdent, et les achats, depuis cette époque, dénotent tous, à un degré plus ou moins grand, l'existence d'un état de délire qui ne peut être révoqué en doute, quand on compare M. X... à lui-même, dans les années qui ont précédé la maladie.

©BIUM

Dans la soirée du 5 ou du 6 décembre, M. X... se promène dans Paris, portant sur lui des valeurs assez fortes, et, entre autres, 35,000 fr. en billets de banque. Chez un sieur N..., il jette son portefeuille sur une table, déclarant qu'il contenait 100,000 fr.

C'est dans ces circonstances que, le 7 décembre, il signe et fait signer à sa femme un acte qui engage tout son avenir.

Le 8, dans la soirée, inquiète de ne pas voir rentrer son mari, et, après l'avoir vainement cherché dans plusieurs endroits, madame X... le retrouve, à minuit, chez un marchand de vin, entouré de plusieurs individus, et au moment où il allait signer un acte d'acquisition pour le fonds d'un autre marchand de vin qui habitait sa maison. Madame X... se précipite sur l'acte et le déchire. Bientôt une scène de violence survient entre M. X... et sa femme. Il la frappe et la foule aux pieds.

Déjà, le 5, il avait fait deux acquisitions, l'une d'un fonds de tannerie et de corroierie, l'autre d'une fabrique de ressorts de voitures. La première de ces deux acquisitions a été rompue.

Le 10 décembre, M. X... achète la maison qu'il habite pour une somme de 305,000 fr. C'est ce jour-là même, à quelques lieues de Paris, que le désordre de ses vêtements, son agitation, le font arrêter et renfermer dans la prison de C... Le lendemain, il est conduit chez M. Brierre de Boismont.

Tels sont les antécédents du malade.

Voici maintenant le résultat de son examen :

M. X... n'offre plus, à proprement parler, d'incohérence dans les idées; mais il n'a aucune conscience des désordres auxquels sa maladie l'a entraîné. Il essaye de tout justifier, de tout expliquer. Il parle avec une extrême animation, et sa parole offre par moments un peu d'hésitation, ce qui pourrait faire craindre un commencement de paralysie générale. Il y a aussi un peu d'inégalité dans les pupilles. Le regard est animé et la face congestionnée. M. X... continue à voir les choses en

©BIUM

beau, tout lui paraît facile; il n'aperçoit évidemment que le côté séduisant de ses projets, et aucune objection, de celles mêmes que suggère la plus simple prudence, ne semble se présenter à son esprit. Rien ne l'arrête dans la pente où l'entraîne l'excitation cérébrale à laquelle il est en proie depuis plusieurs mois.

Dans le rapport rédigé sur l'état mental de M. X..., nous avons dû exprimer la crainte d'un commencement de paralysie générale, nous fondant: 1° sur la nature du délire; 2° sur l'hésitation légère de la parole; 3° sur l'inégalité des pupilles.

J'ajoute que cette crainte ne s'est pas réalisée. A la fin de l'année dernière, j'ai eu des nouvelles de M. X... par un jeune médecin de ses parents, et, après plus de quatre ans, il n'offre aucun signe de démence paralytique.

OBSERVATION XI.

Folie à double forme durant depuis quarante-huit ans. — Délire ambitieux. — Léger embarras de la parole. — Congestions cérébrales. (Communiquée par M. Lunier.)

M. C..., célibataire, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, a été admis, pour la première fois, à l'asile de Blois le 29 octobre 1852, à l'âge de soixante ans.

Sœur suicidée.

On apprend que ce malade n'a jamais été bien raisonnable. A quinze ou seize ans, on dut songer à l'interdire; mais il ne fut déclaré atteint d'aliénation mentale qu'à l'âge de dix-neuf ou vingt ans.

Depuis cette époque, M. C... a eu tous les ans ou tous les deux ans des accès de folie plus ou moins violents, mais offrant à peu près constamment les mêmes caractères, à savoir : excitation maniaque survenant brusquement après plusieurs mois, rarement plus d'une année, d'un état normal ou du moins considéré comme tel : M. C... quitte sa famille, fréquente les

©BIUM

cabarets et les maisons de débauche ; se montre hardi, provocateur, entreprenant ; idées ambitieuses ; insomnie.

A cette excitation qui dure de deux à six et même huit mois, suivant que M. C... est laissé libre ou mis en maison de santé, succède une prostration mélancolique qui dure de trois à quatre mois ; puis enfin M. C... revient à son état normal ; il est alors doux, timide, honnête, prévenant même.

Puis, après six ou sept mois, l'excitation reparaît, et cela dure ainsi depuis quarante-huit ans, sans changement notable dans l'état du malade.

On trouve sur les registres de l'établissement les notes suivantes, écrites par l'un des médecins :

15 et 16 février 1853. — Symptômes de congestion cérébrale cédant aux saignées et aux révulsifs.

Mars. — Incohérence des idées, penchant à la violence ; agitation rémittente ; prédominance d'idées de grandeur et d'empoisonnement.

Juin. — Triste et timide.

Juillet. — Sortie en ville ; gaieté, bonne tenue. M. C... est considéré comme guéri, et quitte l'asile le 24 octobre 1853.

M. C... est ramené à l'établissement le 24 juillet 1854. Les notes n'ont été recueillies que quelques mois plus tard.

Octobre 1854. — Commencement de l'excitation maniaque, idées de grandeur. M. C... a été commandant ; il a assisté à plusieurs batailles, etc. (il n'a jamais servi) ; habituellement d'une avarice sordide, il prodigue son argent, fait mille emplètes plus futiles les unes que les autres, commande à son tailleur des vêtements en grand nombre dont il n'a nul besoin. Loquacité ; insomnie.

15 avril 1855. — Après une amélioration sensible de peu de durée, l'agitation reparaît plus violente que jamais et se complique d'un amaigrissement rapide ; affaissement des traits, peau terreuse. M. C... ne reconnaît plus personne.

30 avril. — Injection de la conjonctive oculaire.

©BIUM

5 mai. — Affaiblissement progressif très inquiétant. M. C... refuse de prendre des aliments, ne répond à aucune question ; insomnie.

12 mai. — Légère amélioration ; M. C... mange et commence à répondre, mais toujours avec incohérence, aux questions qu'on lui adresse. *Léger embarras de la parole; nous commençons*, dit M. Lunier, *à redouter l'existence d'une paralysie générale*, et nous croyons remarquer un peu d'hésitation dans la démarche. Agitation extrême, cris incessants ; M. C... ne peut tenir en place.

Juin. — Amélioration notable et progressive ; taciturnité.

Les mois suivants la tristesse disparaît lentement, et M. X... revient progressivement à son état normal.

26 avril 1856. — *Congestion cérébrale légère* qui disparaît sans laisser de traces.

26 septembre. — M. X... se plaint de maux de tête et d'étourdissements ; les conjonctives sont injectées, le pouls est plein, à 70. Sangsues au siége.

2 mai 1857. — Accès de folie à double forme, en tout semblable à celui décrit plus loin, quoique moins violent et moins prolongé.

Au mois de septembre M. X... est à peu près revenu à son état normal.

OBSERVATION XII.

Folie à double forme. — Symptômes très graves de paralysie générale pendant la période de dépression.

« Chez un de nos malades atteint de paralysie générale, consécutive à une monomanie ambitieuse qui a éclaté à la suite de désordres de conduite de toute nature, nous observons depuis trois ans, dit M. Renaudin, une singulière intermittence dont nous ne nous rappelons pas avoir encore vu d'exemple.

» Tantôt la paralysie générale paraît être arrivée au dernier degré ; on ne peut tenir le malade que dans son lit ou sur un

©BIUM

fauteuil; la démence est complète ; il ne reconnaît aucune des personnes qui l'entourent; d'embarrassée qu'elle était d'abord, la prononciation est devenue impossible. Le malade laisse aller ses excréments à son insu; il faut lui présenter ses aliments, parce que les mouvements de préhension sont devenus impossibles, et des congestions cérébrales mettent à chaque instant sa vie en danger. Il faut à chaque instant recourir, soit aux émissions sanguines, soit aux révulsifs. C'est surtout pendant l'hiver que nous observons cette situation fâcheuse ; dès que la saison devient plus favorable, cet appareil symptomatique disparaît peu à peu, et nous finissons par ne plus remarquer cette paralysie générale qui peu de jours auparavant nous donnait tant d'inquiétude. La réaction renaît et reprend une nouvelle énergie, et le dément du mois précédent redevient un monomaniaque ordinaire doué de toute la liberté de ses mouvements, travaillant avec ardeur, soit à la culture, soit dans le service intérieur, parlant avec facilité, et laissant même jaillir à travers les erreurs de son délire, les traits d'une intelligence peu ordinaire pour sa condition. Il est d'une propreté minutieuse, surveille attentivement ce que font les autres malades, et nous lui avons dû plus d'une fois des remarques très utiles. L'hiver que nous venons de traverser n'ayant pas été rigoureux, sa santé n'en a pas souffert, et si, pour un moment il a été un peu moins actif que d'habitude, nous n'avons cependant pas vu reparaître la démence. »

Les observations X et XI montrent comment la période maniaque de la folie à double forme peut revêtir les caractères de la manie ambitieuse, qui, dans d'autres cas, se termine si souvent par la démence paralytique. Le délire offre, en effet, beaucoup d'analogie : les malades ne pensent qu'à faire des achats et ils voient tout en beau. Si en même temps on observe chez eux des congestions cérébrales et un peu d'embarras de la parole, comme dans le fait communiqué par M. Lunier,

©BIUM

l'analogie est plus grande encore, ou plutôt il est évident que les deux états deviennent identiques. Mais la XII[e] observation est bien plus curieuse, et suffirait seule pour nécessiter de nouvelles recherches. N'est-il pas étrange, en effet, de voir un malade qui offre d'une façon intermittente les symptômes les plus graves de la paralysie générale, lesquels se prolongent plusieurs mois. Est-ce le ramollissement général de la couche corticale ou une encéphalite diffuse qui alternent ainsi avec l'excitation sans signes de paralysie? Assurément non. N'est-ce pas le cas de rappeler l'opinion de Bayle, qu'il y a deux causes de paralysie dans la paralysie générale : la paralysie par congestion, la paralysie par atrophie. Ne faut-il pas surtout citer ici un passage curieux que j'ai trouvé dans l'ouvrage d'un savant auteur, passage qui pourrait servir d'épigraphe à ce travail?

« Si je consulte mes propres observations, dit M. Guislain, je découvre dans la paralysie générale une autre paralysie qui m'annonce que la substance cérébrale se décompose. »

Il y a donc dans la paralysie générale deux paralysies.

Le malade observé par M. Renaudin, et les malades guéris par MM. Ferrus, Earle, Renaudin, Morel, etc., ont eu l'une de ces paralysies, celle qui n'est pas le résultat de la désorganisation cérébrale.

Jusqu'à présent les congestions chroniques du cerveau ont été trop peu étudiées. Le fait de M. Renaudin et d'autres tendraient à prouver non-seulement qu'elles produisent les symptômes les plus graves de la paralysie générale, mais que ces symptômes peuvent se prolonger longtemps et cependant se dissiper.

J'ai recueilli récemment le fait suivant :

Au mois de décembre 1856, un jeune homme de vingt-trois ans, habitant la Valachie, après avoir copieusement déjeuné, sort un instant sans se couvrir, par un froid de 20 degrés. Il est frappé de congestion et reste trois ou quatre jours sans connaissance. Pendant plus d'un mois la station est impossible, la langue très embarrassée, la mémoire presque nulle. Ces symptômes ne se

©BIUM

sont dissipés que très lentement, et plus de six mois après, la prononciation des mots n'était pas complétement nette, et ce jeune homme se perdait encore dans les rues de Paris, qu'il connaissait très bien. La guérison a néanmoins été complète.

En résumé, on voit que la manie ambitieuse ne se termine pas fatalement par la démence paralytique, elle offre divers modes de terminaison qui sont :

1° La guérison, laquelle a lieu même dans quelques cas graves ;

2° La guérison, mais avec persistance de quelques phénomènes isolés, trop limités et trop légers pour constituer la démence paralytique ;

3° La manie chronique ;

4° La démence simple, avec ou sans persistance de délire ambitieux ;

5° La mort qui a lieu assez souvent avant que les phénomènes de paralysie se soient développés ;

6° Enfin elle peut n'être qu'une phase de la folie à double forme.

La manie ambitieuse, comme la manie simple, offre d'ailleurs une période d'invasion, d'état et de déclin, et cette dernière période est remarquable par la tendance aux phénomènes critiques ; des abcès, des furonoles, des anthrax, voire même des eschares, paraissent avoir une influence décisive sur la solution heureuse de la maladie.

Cette tendance aux crises est assurément l'un des faits les plus remarquables de l'histoire de la manie ambitieuse, et si cette histoire n'était pas restée jusqu'à présent confondue dans celle de la démence paralytique, ce fait n'eût pas manqué d'être depuis longtemps signalé.

Le rapprochement des douze observations citées plus haut permet déjà d'apprécier la nature des crises qui se produisent.

Dans les deux premières observations, ce sont des plaies succédant à des eschares, et la suppuration qu'elles entraînent semble juger la maladie.

©BIUM

Dans les deux observations citées par M. Beaume, c'est un œdème aigu de l'un des membres inférieurs.

Une éruption de furoncles a été observée chez le malade d'Esquirol.

Un vaste abcès du foie juge de la manière la plus évidente la maladie si grave de l'aliéné observé à Maréville par M. Morel.

Peut-être arrivera-t-on plus tard à distinguer les cas de guérison précédés de crises de ceux dans lesquels ces crises n'ont pas eu lieu, et trouvera-t-on, jusqu'à un certain point, l'explication des rechutes rapides qui ont lieu si souvent? Ne faut-il pas rappeler ici cette opinion d'Esquirol, qu'il n'y a pas pour la folie de guérison solide, à moins qu'elle n'ait été précédée de crises. Si cette opinion a paru exagérée pour la folie en général, serait-elle plus près de la vérité en la restreignant à la manie ambitieuse? Toutes ces questions méritent d'être étudiées, et leur étude peut conduire à des indications thérapeutiques importantes.

Je crois devoir ajouter aux faits qui précèdent, et pour prouver l'influence des crises sur la guérison, l'observation d'une malade dont l'état avait aussi été presque désespéré.

Observation XIII.

Manie avec délire des grandeurs. — Symptômes graves de paralysie générale. — Abcès à la jambe. — Guérison. — Durée de la maladie, plus d'une année. — Durée connue de la guérison, un an.

La femme G..., âgée de cinquante-trois ans, s'était graduellement affaiblie depuis plusieurs années par suite de l'abondance de ses règles et aussi de la misère dans laquelle elle vivait; elle était sujette à des migraines, qui s'accompagnaient de vomissements bilieux abondants. C'est dans ces circonstances qu'elle fut prise tout à coup d'une manie ambitieuse des plus caractérisées. Elle s'imagine que l'Empereur va s'occuper de sa famille; elle se rend aux Tuileries pour le voir. A son entrée

©BIUM

à la Salpêtrière, le 26 mai 1856, le délire des grandeurs est tout à fait exubérant; la malade répète qu'elle est bien plus qu'impératrice; elle possède toute la France, elle va enrichir toutes les personnes de son village, elle s'exalte à la pensée de toutes ses richesses et une expression de bonheur se répand sur sa physionomie. Au premier abord, on ne découvre aucun embarras de la parole, mais un examen plus attentif fait constater que certains mots ne sont pas nettement prononcés, les pupilles sont contractées, il y a des mouvements saccadés qui indiquent une lésion musculaire assez grave; la malade est d'ailleurs très agitée, elle ne reste pas un moment en place, elle crie, chante, etc.

L'état de cette malade reste à peu près le même pendant tout l'été avec quelques alternatives. La maigreur devint graduellement très grande pendant l'automne. On observait fréquemment des grincements de dents très forts, la pupille gauche était plus contractée que la droite; la malade était gâteuse.

Dans le mois de janvier 1857 l'agitation cessa peu à peu, le délire disparaît, mais l'intelligence reste embarrassée et la mémoire très affaiblie. La femme J.... ne pouvait pas même dire son âge, elle ne savait, ni le mois, ni l'année, ni le nom de l'établissement dans lequel elle se trouvait; elle était très maigre, très affaiblie, elle ne se tenait pas sur les jambes; elle disait elle-même que tout son corps était comme du coton; la sensibilité était presque nulle, mais l'embarras de la prononciation était toujours peu prononcé et par moment très difficile à constater. Cet état de calme avait à peine duré un mois que la malade, qui commençait à reprendre des forces et marchait, fut prise d'un nouvel accès de manie, accompagné d'idées de grandeurs très prononcées; on fut obligé de nouveau de passer la femme J... dans le quartier des agitées.

Après six semaines environ de ce nouvel accès, à la fin de mars 1857, la femme J..., chez laquelle on avait observé de nouveau des grincements de dents très forts, s'affaiblit une se-

©BIUM

conde fois très rapidement, et on fut obligé de la tenir couchée dans l'impossibilité où elle était de se tenir même assise; elle était redevenue grande gâteuse, mais l'embarras de la parole était toujours très peu prononcé; elle resta ainsi environ deux mois au lit, ne pouvant se soutenir et toujours agitée. Un abcès très étendu était survenu à la jambe droite, il fut ouvert et suppura abondamment et longtemps. Le calme revint peu à peu, le délire disparut, la malade reprit des forces, et dès la fin de juin on put la considérer comme convalescente; elle prétendait n'avoir aucun souvenir de ce qui s'était passé pendant son accès, ajoutant que l'année qui venait de s'écouler ainsi n'existait pas pour elle, et que c'était comme si elle avait été morte. Mais elle ne tarda pas à recouvrer la mémoire de tous les faits antérieurs. La raison s'affermit, les forces et l'embonpoint revinrent et bientôt rien ne put faire soupçonner qu'elle avait passé par une maladie aussi grave.

Le 13 août 1857. — Après avoir eu pendant quelques jours de grands maux de tête elle fut prise d'hémiplégie faciale du côté droit; cette hémiplégie a persisté pendant plusieurs mois et s'est dissipée; aujourd'hui, 1er août 1858, cette femme est encore à la Salpêtrière, mais depuis un an elle n'a cessé d'être très calme, très laborieuse et elle n'offre plus aucun signe de son ancienne maladie.

La guérison de J... ne date encore que d'une année, mais j'ai bon espoir que cette guérison se maintiendra. Je me fonde non-seulement sur ce fait que l'état physique et moral est très bon, mais surtout sur la crise qui a précédé le retour à la raison. Une circonstance spéciale qui me paraît aussi très heureuse, c'est que, depuis un an, la femme J... a été reprise par des migraines qui sont, comme avant sa maladie, accompagnées de vomissements bilieux.

J'ai cité plus haut (observation VIII) un fait dans lequel la suppuration qui suivit l'amputation de la cuisse semble avoir

©BIUM

joué le rôle d'une crise salutaire ; mais M. Fabre n'a pas eu de nouvelles du malade, et l'on ne sait si la guérison s'est maintenue. Il y a quelques années, j'ai été appelé, avec MM. les docteurs Ferrus et Tardieu, pour voir un aliéné convalescent d'une manie avec délire ambitieux et embarras de la parole. Ce malade avait subi l'amputation de la jambe pendant son état maniaque. Depuis lors cinq années se sont écoulées, et je n'avais plus entendu parler de lui. Une occasion s'étant présentée d'obtenir de ses nouvelles, je me suis empressé d'en profiter, et je viens d'apprendre avec étonnement que cet ancien paralytique continue à être bien portant. Voici d'abord l'observation ; je la ferai suivre d'un fragment de la lettre qui m'a été transmise.

OBSERVATION XIV.

Manie avec délire ambitieux et embarras de la parole. — Rémission incomplète. — Rechute. — Signes de démence. — Fracture de la jambe suivie d'amputation. — Insensibilité pendant l'opération. — Guérison qui se maintient depuis cinq ans.

M. X..., âgé d'environ cinquante et un ans, fut conduit dans un hospice d'aliénés au mois d'avril 1853 ; il était en proie à une extrême agitation et à un délire ambitieux des plus prononcés. Ce délire avait marqué le début de la maladie qui remontait déjà à trois mois. Il s'était manifesté par une générosité excessive, des idées de spéculations, des achats nombreux, le désir de donner des dîners, des soirées, etc.

Dans les jours qui suivirent son entrée à l'asile, M. X... demandait sans cesse à sortir de l'établissement pour aller habiter le château des Tuileries, et prétendait gouverner l'État, rêvant en même temps les entreprises commerciales les plus gigantesques. Il parlait continuellement, presque sans suite, et se livrait aux actes les plus désordonnés. A ces symptômes d'une manie aiguë avec prédominance d'idées de grandeurs, se joignait,

©BIUM

ainsi que le constatent les certificats du médecin en chef, de l'embarras de la prononciation (1).

Après six semaines environ, on vit l'agitation se calmer. Le malade parut aussi vouloir se rattacher à des idées plus saines et reprendre les habitudes et la tenue d'un homme bien portant, mais cette rémittence fut de courte durée, et le délire reparut avec des caractères différents, mais non moins inquiétants. M. X... s'occupe à ramasser des petits morceaux de papier, des chiffons, des feuilles pourries, et il en remplit ses poches. Il apprécie mal la durée du temps et oublie le nom de ceux de ses parents qui viennent le voir. Ayant dû subir l'am-

(1) Je ne puis mieux faire que de citer ces certificats, délivrés par un de nos médecins aliénistes les plus distingués.

CERTIFICAT DE VINGT-QUATRE HEURES.

M. X... est atteint d'aliénation mentale avec *embarras de la prononciation*.

9 avril 1853.

CERTIFICAT DE QUINZAINE.

M. X... est atteint de manie aiguë avec prédominance de délire ambitieux.

AUTRE CERTIFICAT DÉLIVRÉ AUSSI QUINZE JOURS APRÈS L'ENTRÉE.

Je soussigné, médecin en chef de l'asile de ***, certifie que M. X... est atteint de manie aiguë, avec prédominance d'un certain nombre d'idées ambitieuses; qu'il demande sans cesse à sortir de l'établissement pour aller occuper *un appartement au château des Tuileries, affichant tantôt la prétention de gouverner l'État, tantôt la prétention de fonder des entreprises gigantesques;* qu'il se livre en outre aux actions les plus extravagantes et les plus désordonnées, dans le but d'aller mettre ses projets déraisonnables à exécution; qu'il est à craindre que ce délire, qui se *complique parfois d'un léger embarras de la prononciation*, ne résiste à l'application des moyens de traitement; qu'on peut pourvoir, par les voies légales, à l'administration des intérêts de M. X...

24 avril 1853.

On voit que les deux ordres de symptômes qui servent de base au diagnostic de la paralysie générale au premier degré, le délire ambitieux et l'embarras de la prononciation, se trouvent ici réunis.

©BIUM

putation d'une jambe, il ne manifesta aucune douleur pendant l'opération, et bientôt il fit tous ses efforts pour arracher les pièces du pansement.

Dans le mois d'août, c'est-à-dire après quatre mois d'isolement, l'état mental s'était de nouveau amélioré, cependant le délire était encore tel, que M. X... voulait marier sa fille à un idiot séquestré à la maison de Charenton, croyant avoir trouvé dans ce pauvre infirme un homme très supérieur. C'est pendant le cours des mois de septembre et d'octobre qu'un changement véritablement favorable s'est opéré dans l'état de M. X... Sa tenue est devenue meilleure, ses idées plus suivies, et bientôt il a repris peu à peu toutes les apparences d'un homme raisonnable.

Au milieu de novembre, MM. Ferrus, Tardieu et moi, fûmes appelés pour constater l'état mental de M. X...

La tenue du malade était bonne, sa physionomie naturelle. Il n'y avait point d'embarras appréciable dans la parole, et nous ne trouvâmes aucun signe de paralysie, si ce n'est l'*inégalité des pupilles.* Les réponses du malade étaient justes, mais brèves, nous ne pûmes constater aucun signe de délire.

Cependant il nous fut impossible de regarder M. X... comme complétement guéri, et nous nous fondions sur ce seul fait que le malade n'avait point conscience des accidents si graves qu'il venait de traverser. Cette prétention de gouverner l'État, d'habiter le château des Tuileries, ces rêves d'entreprises gigantesques, cette activité désordonnée qui pendant plusieurs mois l'avait entraîné aux actes les plus extravagants, tout cela s'était en grande partie effacé de sa mémoire. M. X... n'admettait pas qu'on eût dû le renfermer dans un asile. Il avouait bien qu'il avait, avant son entrée, manifesté le désir d'acheter quelques terrains pour y faire des constructions; mais ce n'était là qu'un projet, et ce projet il ne l'avait pas même réalisé; il n'y avait donc là, d'après lui, aucun motif suffisant pour le faire séquestrer. Voilà donc à quoi se réduisait, pour M. X..., cette mala-

©BIUM

die grave et caractérisée par un délire si tranché et marquée par tant d'actes d'extravagances.

C'était là un signe fâcheux, car tant qu'un aliéné n'a point conscience de son état, il ne peut être, à juste titre, réputé guéri; cela surtout doit être pris en très sérieuse considération, lorsque le malade a offert, comme M. X..., des signes de paralysie générale. MM. Ferrus, Tardieu et moi crûmes devoir conclure à ce que M. X... fût remis en liberté, mais qu'en même temps on lui nommât un conseil judiciaire.

Voici un passage de la lettre qui m'a été transmise : « La poursuite en interdiction commencée pour M. X... a été abandonnée, celui-ci étant revenu à la santé. Depuis cinq ans, il n'a éprouvé aucun symptôme d'aliénation. Je crois M. X... entièrement et parfaitement rétabli. Il jouit de toutes ses facultés physiques et intellectuelles. »

Sans doute, l'auteur de cette lettre n'est pas un médecin, mais si des symptômes légers échappent tous les jours, on m'accordera que cette lettre est néanmoins assez précise pour qu'on regarde comme démontré que M. X... n'est pas retombé maniaque ambitieux ni devenu dément paralytique. Il faut se garder d'exagérer et de s'arrêter aux infiniment petits, et c'est ce qu'on a certainement fait pour la paralysie générale. Je crois que chez ce malade, comme chez l'amputé de Bicêtre, la suppuration de la plaie a tenu lieu de crise et assuré la guérison.

Je viens d'observer un cas dans lequel une éruption de furoncles semble avoir consolidé la guérison et peut-être prévenu une récidive. Je citerai encore cette dernière observation, qui me semble intéressante, surtout au point de vue de l'époque à laquelle la crise s'est manifestée.

©BIUM

OBSERVATION XV.

Manie avec prédominance de délire ambitieux. — Embarras de la parole. — Accès d'agitation violente revenant sous le type tierce, supprimée par le sulfate de quinine. — Guérison après dix mois environ.

M. X..., âgé de quarante et un ans, est d'une taille élevée, d'une forte constitution ; il a fait depuis longtemps quelques excès de table, mais surtout des excès vénériens. Lorsque je le vis pour la première fois à la fin de juillet 1856, il était en proie à un délire maniaque avec prédominance de quelques idées ambitieuses. Il offrait, en outre, un léger embarras de la parole, qui ne laissait aucun doute sur le début d'une paralysie générale. Un certificat, délivré par M. le docteur Potain, constata que M. X... *était atteint de paralysie générale avec délire maniaque.*

Dans le mois d'août, on remarqua que l'agitation revenait d'une manière régulière sous le type tierce ; le malade était alors très violent et très difficile à contenir.

Ces espèces d'accès d'agitation comme convulsive, qui se dessinaient sur le fond de la maladie, furent supprimés par l'administration du sulfate de quinine.

Dans le mois d'octobre, ce malade, qui avait très sensiblement maigri, était moins agité, mais toujours incohérent ; l'embarras de parole, quoique léger, était toujours appréciable.

En novembre et décembre, on put craindre l'invasion de la démence ; l'intelligence baissait sensiblement ; l'embarras de la parole était plus prononcé ; le malade mangeait avec voracité ; cependant, l'état maniaque avait disparu, et avec lui, toutes les conceptions délirantes.

Au commencement de janvier, ce malade fut atteint d'une angine, mais qui n'eut aucune gravité ; on remarqua que pendant plusieurs jours, les urines étaient assez fortement sédimenteuses.

©BIUM

M. X... n'offrit bientôt plus de son ancienne maladie que des signes très légers d'affaiblissement de l'intelligence et une singulière préoccupation relative à sa santé. Il avait toujours conservé un très grand appétit.

A la fin de mai 1857, ce malade, qui avait continué à aller de mieux en mieux, dut être rendu à la liberté. L'état mental était satisfaisant, peut-être cependant eut-on pu, par une exploration minutieuse, constater encore quelques signes d'affaiblissement. Du reste, les forces musculaires ne laissaient rien à désirer et il n'y avait plus de traces d'embarras de la parole.

Les signes très tranchés de paralysie générale qui avaient été observés pendant la durée de la maladie, faisaient mal augurer de l'avenir, surtout à cause des antécédents de M. C...

On devait craindre, en effet, que le retour aux anciennes habitudes n'amenât une rechute prochaine.

Depuis un an, je n'avais plus entendu parler du malade, et c'est avec hésitation que j'ai prié l'un des médecins qui lui avaient aussi donné des soins de s'adresser à sa mère ; je craignais en effet d'apprendre quelque fâcheuse nouvelle.

Voici la lettre qui m'a été transmise, je la cite textuellement, supprimant seulement un passage qui n'a aucun rapport avec l'ancienne maladie :

« MONSIEUR,

» J'ai reçu en l'absence de ma mère qui est à G... depuis cinq mois, la lettre que vous avez bien voulu lui écrire pour vous informer de ma santé.

» Je vous réponds moi-même. Vous n'eussiez pas été indiscret en m'écrivant directement. Je suis heureux de vous dire, mieux que personne, ce que j'ai ressenti depuis que je vous ai quitté il y a un an.

» A mon retour à la maison, je me suis remis peu à peu aux affaires, et j'ai repris toutes mes occupations sans aucun inconvénient pour ma santé.

©BIUM

» Vous vous êtes occupé de ma personne assez longtemps, permettez-moi de vous donner quelques détails sur ce qui m'est arrivé.

» J'ai pris pendant les mois d'août et de septembre beaucoup de bains de mer. J'en ai ressenti des effets favorables. J'essayais de prévenir les maux de tête en la plongeant dans les vagues.

» J'ai eu, pendant bien longtemps, des digestions pénibles, des selles fréquentes : j'ai eu recours de temps en temps aux purgations.

» Dans les mois de janvier et février, il m'est venu des furoncles au bas-ventre. Ils m'ont fait beaucoup souffrir, et il y avait une telle inflammation que je pouvais à peine marcher. J'en suis venu à bout, après deux mois de peines, par des bains de siége et des cataplasmes.

» Je me croyais débarrassé de ces furoncles, lorsqu'au mois d'avril, il m'en est revenu sur la main gauche; ils se sont étendus sur tout le bras jusqu'au coude avec inflammation très forte. Ils ont résisté longtemps et ont été accompagnés d'érysipèle. Enfin, ils ont cédé au bout de quarante à cinquante jours à des bains de bras avec l'amidon et des cataplasmes de fécule de pomme de terre. Je me suis trouvé heureux d'en voir la fin.

» Depuis ce temps, je n'ai eu que quelques maux de tête. J'ai commencé à prendre des bains de mer, trente déjà, j'irai jusqu'à soixante. Je suis un bon nageur.

» Je continue toujours un peu de régime. J'évite les grands dîners, pas de liqueurs fortes ni de café, de la continence, ensuite de la tisane rafraîchissante et une vie tranquille.

» Quand on a la quarantaine on devient calme. J'ai repris toutes mes occupations comme autrefois. Je gère toutes mes propriétés, et je vais à la campagne de temps en temps, ne comprenant pas plus le patois qu'à l'ordinaire.

» Je suis heureux de vous dire que j'ai eu une convalescence durable et qui exclut toute crainte pour l'avenir, si les prévisions humaines se réalisent. J'ai eu rarement recours aux médecins.

©BIUM

» Je vais écrire à ma mère qui doit revenir bientôt pour lui faire connaître votre bonne lettre, elle vous en sera bien reconnaissante.

» Je vous prie d'agréer, etc. »

J'ai cité cette lettre non-seulement pour permettre de juger de l'état mental du malade, mais surtout parce qu'elle contient un fait, à mon avis, très important. Les récidives de la manie ambitieuse arrivent le plus souvent au commencement du printemps ou pendant les chaleurs de l'été. Or, ici, ne semble-t-il pas que cette double éruption de furoncles qui a eu lieu en janvier et en avril, ait pu prévenir le retour de la maladie ? N'y a-t-il pas là un avertissement, et pour ainsi dire, une conduite toute tracée pour les cas analogues?

Un fait qu'il faut noter dans la maladie de M. X..., c'est la suppression, par le sulfate de quinine, des accès tierces d'agitation convulsive. J'ai déjà publié un fait semblable, et je rappellerai que M. Marchand (de Toulouse) a guéri un malade offrant un délire intermittent avec embarras de parole par le sulfate de quinine, ce qui l'a porté à des rapprochements ingénieux entre la paralysie générale et la fièvre intermittente.

Jusqu'à présent, je n'avais noté ces accès que dans le cours de la maladie ou ils ont été observés et bien décrits par Bayle, mais je viens de recueillir deux observations dans lesquelles des accès offrant les caractères de la fièvre intermittente ont précédé la maladie.

M. X..., atteint aujourd'hui de paralysie générale, a été guéri, il y a un an environ, par le sulfate de quinine, d'accès, d'agitation nerveuse suivie de sueurs.

Un autre malade dont le père est mort aliéné, présente à la suite d'excès vénériens un peu de perte de mémoire, de la faiblesse dans les jambes, et, par moments, un peu d'embarras de parole. Ce malade a éprouvé plusieurs congestions cérébrales ; mais, en outre, il a eu des accès irréguliers de fièvre avec frisson, chaleur et sueurs très abondantes. Après avoir été

©BIUM

guéri une première fois de ces accès par le sulfate de quinine, il a été récemment, et après plus de six mois, pris d'accès en tout semblables.

Ces accès, intermittents, ont été observés pour ces deux cas dans l'année qui a précédé l'invasion de la maladie. Je crois donc qu'il y a lieu de rechercher cet ordre de symptômes parmi les accidents prodromiques dont l'étude est si importante, puisqu'elle peut permettre, dans quelques cas, de prévenir le développement des accidents.

Jusqu'ici je me suis appliqué à démontrer combien les symptômes et les lésions de la manie ambitieuse diffèrent des symptômes et des lésions de la démence paralytique. J'ai dit comment la première de ces maladies a des terminaisons diverses, et sa tendance remarquable à se terminer par des crises.

La manie ambitieuse n'est donc pas liée fatalement à la démence paralytique; mais ce qui est bien moins contestable encore, c'est que cette dernière peut exister dans une foule de cas, sans être précédée de l'état maniaque; les faits de ce genre sont si nombreux que je puis me dispenser d'en citer aucun.

Ces cas constituent la grande majorité de ceux qu'on a considérés comme des démences primitives simples, et c'est ce qui explique cette opinion d'Esquirol, que la démence se complique presque toujours de paralysie générale.

En résumé, la manie ambitieuse a des symptômes différents et des lésions différentes de ceux qu'on observe dans la démence paralytique; ces deux maladies ont une existence isolée l'une de l'autre : on ne peut donc pas les regarder comme les formes aiguës et chroniques de la même affection; elles doivent donc, à mon avis, être considérées dans leurs rapports comme sont considérées la manie et la démence, c'est-à-dire comme deux affections différentes.

En séparant la manie ambitieuse avec quelques signes légers

©BIUM

de paralysie, de la démence paralytique, il ne faudrait pas croire que c'est pour la laisser réunie à la manie simple.

A mon avis, cette opinion n'offrirait pas moins d'inconvénients que celle que je viens de combattre ; la manie ambitieuse, en effet, diffère essentiellement de la manie simple :

1° Par son étiologie, dans laquelle la congestion tient la première place ;

2° Par le délire ambitieux, délire spécial et dont la gravité n'est plus méconnue par personne ;

3° Par une excitation musculaire constituant une lésion spéciale, très différente de l'agitation de la manie ;

4° Par le pronostic beaucoup plus grave, puisqu'il y a des chances nombreuses de terminaison par la démence paralytique, ce qui n'a point lieu pour la manie simple.

Je ne parle point ici des signes légers de paralysie qui accompagnent souvent la manie ambitieuse et qui, quand ils existent, ce qui a lieu le plus souvent, viennent encore mettre une ligne de démarcation plus tranchée entre les deux affections.

La manie ambitieuse me paraît donc différer de la manie simple et de la démence paralytique ; à mon avis, elle devrait désormais former une maladie à part, sous la dénomination de *manie congestive*.

Les rapports de cette manie congestive avec la démence paralytique seraient les mêmes que ceux depuis longtemps établis entre la manie et la démence.

Il y aurait donc deux espèces de folie :

Les folies simples (manie, mélancolie, monomanie) ;

Les folies congestives (manie, mélancolie, monomanie).

Et deux espèces de démence :

La démence simple ;

La démence paralytique.

Avec cette manière d'envisager les faits, on verrait, à mon avis, disparaître de très fâcheuses confusions ; par exemple, celle de la manie simple et de la manie ambitieuse, réunies

©BIUM

encore, comme on peut le voir dans les observations de M. Parchappe, et qui, cependant, forment des affections différentes, par leur nature et leur terminaison.

On cesserait en outre de désigner par la dénomination de paralysie générale, de folie paralytique, des cas offrant les caractères les plus opposés et dont les uns sont toujours incurables, tandis que les autres guérissent quelquefois.

N'est-il pas étrange de voir appliquer la dénomination de paralysie générale à des manies aiguës qui n'offrent encore aucun phénomène de paralysie ou n'en offrent que de si légers qu'ils ne constituent dans l'ensemble que des phénomènes tout à fait accessoires ?

N'oublie-t-on pas qu'un peu d'hésitation de la parole, résultat d'un état congestif souvent passager, ne doit pas être confondu avec la paralysie permanente et incurable, résultant de la désorganisation du cerveau.

On a pu voir, par les observations réunies dans ce travail, que cette paralysie congestive peut être portée très loin et durer assez longtemps, et cependant disparaître sans laisser de traces, ce qui prouve qu'elle ne tient pas à une lésion grave du cerveau. En voici un dernier exemple emprunté à M. Calmeil. Le malade était aussi arrivé à un état que le médecin regardait comme *désespéré*.

Observation XVI.

Démence paralytique grave.

« M. M..., libraire, âgé de cinquante-six ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, ayant les capillaires de la face très injectés et l'intelligence peu développée, a une sœur aliénée. Sa nièce s'est tuée à la suite d'une légère contrariété.

En 1821, ayant été sur le point de perdre une partie de sa fortune, il a éprouvé un accès de manie, dont la durée a été de

©BIUM

dix mois. Il parlait beaucoup, dormait peu, menaçait les personnes qui l'entouraient et offrait un extrême désordre dans les actes. L'aliénation disparut d'elle-même, sans qu'on provoquât l'isolement.

M. M... aussitôt après sa convalescence s'adonne à la boisson. Souvent vers le soir il est excité, se plaint de maux de tête et digère difficilement. En 1823, il marche plus vite qu'à l'ordinaire, la vue se trouble, il se sent étourdi et sur le point de tomber. Après quelques minutes de repos, il rentre chez lui dans un véritable état de démence; le lendemain, il est conduit à Charenton.

La prononciation est obscure; on a de la peine à comprendre les réponses du malade, dont la démarche est excessivement lente. Souvent il chancelle, et un léger effort le renverserait. Les bras sont libres; la sensibilité est conservée, la santé générale est bonne. L'intelligence paraît affaiblie; physionomie stupide, compréhension obtuse, idées rares; le sujet cherche longtemps ce qu'il veut dire; il est calme, ne parle presque jamais, mange lorsqu'on lui présente des aliments, semble n'avoir aucune espèce de sensations, urine quelquefois dans son lit. Son état semble désespéré. (Bains, tisane d'orge, sangsues à la base de la mâchoire.)

Au bout de quatre mois de traitement, les signes de paralysie générale disparaissent en partie, et l'état normal devient beaucoup plus satisfaisant. L'individu se promène, marche avec une certaine assurance, parle sans bégayer, rend compte de ce qu'il éprouve et s'occupe de sa famille.

Au bout de dix mois, il est rendu à la société; il n'existe aucune trace sensible de paralysie générale et l'intelligence, quoique peu étendue, est pour ainsi dire à l'état naturel. »

Qu'est devenu le malade? A-t-il survécu? Ce qui restait de sa maladie s'est-il peu à peu dissipé? Ce sont les questions qu'on aurait dû s'adresser pour beaucoup d'aliénés sortis des asiles, et dont on n'a plus eu de nouvelles. Avant d'adopter

©BIUM

d'une manière si absolue l'idée d'incurabilité, n'eût-il pas fallu se livrer à des recherches plus sévères? Une enquête à cet égard me paraît donc devenue nécessaire; n'eût-elle pour résultat que d'établir le nombre plus grand des cas exceptionnels de guérison constatés jusqu'à ce jour, qu'elle ne serait point inutile. Dès ce moment n'est-il pas permis de dire que si quelques malades ont guéri après avoir offert des symptômes graves de paralysie, il est rationnel d'espérer que ceux chez lesquels ces signes ont été très légers et à peine appréciables, doivent guérir dans une proportion plus forte. Je reconnais d'ailleurs ici que les raisonnements sont de peu de valeur, et qu'il ne faut tenir compte que des faits.

P. S. — Au moment où je termine ce travail, M. le docteur Archambault m'apprend que, quand il est arrivé à Charenton, il a trouvé douze ou quinze malades qui étaient dans l'établissement depuis plus de dix ans, et qui avaient été désignés, à leur entrée, comme atteints de paralysie générale. Cependant ils n'offraient plus que des signes légers de cette maladie.

Dans ma dernière communication à la Société médico-psychologique j'ai cité des faits semblables. J'ai dit comment après avoir annoncé à des familles l'invasion prochaine d'une paralysie générale et limité la vie à quelques années, j'avais vu ces fâcheuses prévisions ne pas se réaliser, ce qui m'avait peu à peu rendu plus circonspect au point de vue du pronostic.

Ces faits sont importants à constater, surtout quand les malades ont eu du délire ambitieux. Le diagnostic ne pouvant, dans ce dernier cas, être mis en doute, il s'ensuivrait que les faits observés par M. Archambault constitueraient autant d'exceptions à l'opinion généralement admise sur la marche fatalement progressive de la maladie. Ces faits prouvent tout simplement, à mon avis, que la manie et la mélancolie congestive ne finissent pas toujours par la démence paralytique, ou bien que celle-ci peut n'arriver, comme la démence simple

©BIUM

à la suite de la manie, qu'après un assez grand nombre d'années.

Quoi qu'il en soit, il est évident que bien des recherches restent encore à faire sur ce sujet si complexe. Je suis, quant à moi, convaincu que nous sommes loin d'avoir le dernier mot sur cette maladie, dont la fréquence semble augmenter chaque année.

©BIUM

Médecine légale.

NOTE SUR LA MALADIE MENTALE DE CHARLES P...

COMPLÉMENT DES RAPPORTS MÉDICO-LÉGAUX

DE MM. LEVINCENT ET BILLOD

SUR L'ÉTAT MENTAL DE CET ALIÉNÉ,

PAR

M. G.-F. ETOC-DEMAZY.

Deux rapports concernant l'état mental du nommé Charles P..., inculpé, en 1854, de tentative de meurtre sur la personne d'un magistrat, ont été publiés dans les *Annales médico-psychologiques* (1).

Le premier de ces rapports avait été fait, sur la réquisition de M. le procureur général près la cour impériale d'Angers, par M. Levincent, alors directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Maine-et-Loire ; le second a pour auteur M. Billod, successeur de M. Levincent.

Ces documents ne laissent aucun doute sur l'aliénation mentale de l'inculpé ; ils se terminent l'un et l'autre par des conclusions identiques.

Une ordonnance de non-lieu rendue en faveur de Charles P... fut la juste conséquence de l'opinion exprimée par les honorables et savants médecins chargés de constater l'état de ses facultés intellectuelles et morales.

(1) Voyez ci-dessus, page 201.

©BIUM

Quelque temps après, ce malade fut transféré de l'asile de Maine-et-Loire à l'asile de la Sarthe, où il arriva le 8 mai 1855.

Pendant les premiers mois qui suivirent son entrée dans ce dernier établissement, son état physique et mental fut tel que l'a décrit M. Levincent dans son rapport.

Vers la fin du mois de mai, Charles P... avait peu d'appétit; il paraissait plus sombre; il était presque toujours silencieux.

Le 30, à huit heures du matin, il fut atteint d'un accès de fièvre intermittente bien caractérisé, avec frisson, chaleur, sueurs abondantes.

Le 31, apyrexie; langue couverte d'un enduit jaunâtre; constipation. — 30 grammes de sulfate de magnésie administrés en trois doses donnent lieu à plusieurs selles.

Le 1er juin, à sept heures du matin, nouvel accès de fièvre, plus violent que le premier; léger délire pendant quelques instants.

Le 2, apyrexie.

Le 3, 60 centigrammes de sulfate de quinine sont administrés en trois doses, la première à trois heures, la seconde à cinq heures, la troisième à sept heures du matin. — Point de fièvre dans la journée.

Le 4, apyrexie.

Le 5, 30 centigrammes de sulfate de quinine en trois doses : à quatre heures, à six heures et à huit heures du matin. — Point de fièvre.

Le 6, apyrexie.

Le 7, 30 centigrammes de sulfate de quinine en trois doses : à cinq heures, à sept heures et à neuf heures du matin.

La fièvre ne reparaît plus; l'appétit se rétablit, et bientôt le malade présente les caractères de l'état physique le plus satisfaisant.

En même temps, un changement presque inespéré se manifeste dans son état mental : sa physionomie exprime le calme, le bien-être et la confiance; il reconnaît clairement, il avoue

©BIUM

nettement qu'il a été fou ; il apprécie avec une lucidité parfaite les causes de sa folie et les actes qui en ont été la conséquence.

Dès le mois de juin, Charles P... ne présentait plus aucun signe d'aliénation mentale.

Depuis cette époque jusqu'au jour de sa sortie, sa raison n'a pas chancelé ; il s'est occupé à divers travaux manuels dans lesquels il a montré de l'intelligence, du zèle et de l'activité.

Le 7 avril 1856, il est sorti de l'asile, plein de reconnaissance pour les soins qu'il a reçus.

Cette période de la maladie mentale de Charles P..., qui s'est développée sous nos yeux, tend à confirmer, dans la faible mesure d'un fait isolé, une doctrine fort ancienne à laquelle, de nos jours encore, un médecin distingué, M. le docteur Baume (1), a prêté l'appui de son talent. Dans cette production spontanée de phénomènes morbides, survenant au milieu de phénomènes morbides d'un autre ordre et suivie du rétablissement immédiat et complet de la santé, il est difficile de ne pas voir un nouvel exemple de l'influence salutaire des crises sur la terminaison de la folie. Ici, en effet, ce n'est pas le médecin qui a guéri ; il n'a été, suivant la pensée d'Esquirol (2), que le ministre de la nature ; sa mission a été de disposer convenablement le malade pour qu'il pût suffire aux efforts intérieurs qui devaient juger la maladie et amener la guérison.

Je dis la guérison, car le changement qui s'est manifesté dans l'état mental de Charles P... n'était pas seulement une amélioration : les conceptions délirantes qui avaient entraîné la perte de sa liberté morale s'étaient entièrement dissipées ; son esprit ne conservait aucune trace de ses aberrations, si ce n'est leur souvenir et leur juste appréciation ; et le mouvement critique qui avait été suivi de leur disparition m'autori-

(1) *De la guérison des maladies mentales*. Paris, 1854.
(2) *Des maladies mentales*, t. I^er^, p. 339. Paris, 1838.

©BIUM

sait à espérer que le rétablissement de la raison serait durable.

Ce concours de circonstances favorables pouvait seul m'engager à provoquer la sortie : l'amélioration la plus marquée n'aurait pu m'y déterminer ; et encore, ce n'est qu'après dix mois d'observation assidue, ce n'est qu'après dix mois d'épreuves réitérées, que j'ai cru devoir constater officiellement la guérison.

Le Mans, 30 mai 1858.

©BIUM

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Gazette des hôpitaux.

Délire extatique éclatant tout à coup dans le cours de la grossesse à la suite d'une émotion morale (1). (Observation recueillie par M. J. DUBRISAY, interne des hôpitaux.)

Ch..., passementière, âgée de vingt-deux ans, est entrée à la Salpêtrière le 31 mai 1857.

D'après les renseignements qui nous ont été donnés, cette jeune fille n'avait jamais présenté aucun signe d'aliénation mentale. Elle était laborieuse, intelligente, et, jusqu'il y à trois mois, avait toujours mené une conduite parfaitement régulière.

A cette époque, Ch... se laissa séduire par un jeune homme qui, depuis longtemps, lui faisait la cour. Bientôt elle s'aperçut qu'elle était enceinte; elle en fit part à son amant, mais celui-ci la reçut très brutalement, s'emporta contre elle, la frappa et finit par la mettre à la porte, en la prévenant que si jamais elle lui apportait l'enfant, il le jetterait par la fenêtre.

Ch..., qui depuis longtemps était sujette à des attaques de nerfs, et que son état de grossesse rendait encore plus impressionnable, eut aussitôt une crise nerveuse très violente, et immédiatement après on vit éclater le délire.

Pendant huit jours encore elle resta chez une amie, mais elle refusait toute espèce d'aliments, ne dormait plus, s'enfuyait sans cesse de la maison. On fut donc forcé de la conduire à l'hospice. Le lendemain de son entrée, cette jeune fille se présente à nous dans l'état suivant :

La figure est altérée, le regard inquiet, tous les membres agités par un tremblement convulsif; la malade, complétement étrangère à ce qui se passe autour d'elle, est plongée dans une sorte d'extase.

(1) Service de M. Baillarger à l'hospice de la Salpêtrière.

©BIUM

Par moments elle prononce quelques mots entrecoupés : « Adolphe, » Adolphe..... il a dit qu'il viendrait..... ne jette pas l'enfant » par la fenêtre .... il va venir tantôt..... Adolphe..... ne le jette » pas. » — Elle se lève, s'approche de la fenêtre, regarde au dehors, et à voir la terreur qui se peint sur ses traits, son attitude épouvantée, ses gestes suppliants, on ne peut douter qu'elle n'assiste réellement à la scène de meurtre dont la seule pensée lui a fait perdre la raison. Elle semble même entendre la voix de la personne qu'elle attend, fait quelques pas pour aller à sa rencontre; mais tout à coup elle retombe sur elle-même, se met à fondre en larmes, et redit encore en sanglotant : « Ne jette pas l'enfant par la fenêtre, » Adolphe... il m'a fait bien du mal... » Et de sa main elle montre le creux de l'estomac.

En vain cherche-t-on à la rappeler à elle-même par les questions les plus pressantes, par des impressions externes même douloureuses; elle est sourde, insensible, aveugle; elle est tout entière absorbée par les souvenirs qui l'obsèdent, par le spectacle affreux que son imagination lui représente.

Pendant deux jours, cet état d'agitation extatique se reproduisit d'une manière presque continue; mais dès le troisième jour, un changement notable se manifesta.

Le visage était devenu plus calme, le tremblement convulsif des membres avait diminué, les conceptions délirantes s'étaient affaiblies; la malade revenait peu à peu au sentiment de la vie réelle : on pouvait momentanément fixer son attention et obtenir quelques réponses.

Les jours suivants, l'amélioration continua. Ch... se mit d'elle-même à travailler. Elle répondit raisonnablement aux questions qui lui furent adressées, parla de sa grossesse et put préciser la date exacte de sa dernière époque menstruelle. Par instants encore elle divaguait, et au mouvement de ses lèvres on pouvait reconnaître qu'elle parlait seule; mais son délire, devenu intermittent, n'était plus que passager. Enfin toutes les conceptions délirantes se sont dissipées, et le 16 juin 1857, Ch... paraît complétement guérie; elle est redevenue calme, laborieuse, parfaitement raisonnable; il ne lui reste plus qu'un peu de tristesse.

On continue encore pour quelques jours le traitement qui a été prescrit dès le début : du fer réduit, du vin de quinquina et des affusions froides.

Cet accès de délire extatique est remarquable par son mode d'invasion et par la forme qu'il a revêtue. Ch... éprouve une très vive émotion, et immédiatement elle perd la raison. C'est une me-

©BIUM

nace de mort contre son enfant qui a été la cause de sa folie, et l'impression qu'elle a ressentie se réflète sur toutes les illusions engendrées par l'extase. Ce n'est que dans ces cas assez rares que le délire apparaît aussi instantanément, et surtout qu'il conserve ainsi l'empreinte de la cause qui l'a produite.

A voir, à entendre Ch..., alors que nous n'avions encore aucun renseignement sur son compte, on pressentait que derrière son délire il y avait quelque événement grave. En observant ses accès d'extase délirante, on se rappelait involontairement la manière dont les auteurs dramatiques ont représenté la folie sur le théâtre, en donnant comme la règle ce qui n'est que l'exception.

Étude sur la nostalgie,

Par M. le docteur LEGRAND DU SAULLE.

Quels maux ne guérit pas le ciel de la patrie!
(BIGNAN, *Poésies.*)

En même temps que la nature communique à l'homme le souffle de la vie, elle grave profondément dans son cœur un sentiment d'ineffaçable amour pour le pays qui le voit naître. Quel pieux souvenir que celui qui se rattache aux lieux témoins des jeux de notre enfance! Il faut qu'elles soient bien vivaces, ces premières impressions reçues dans un âge tendre, pour que les plus belles contrées de l'univers ne puissent nous faire oublier le modeste hameau où nous ouvrîmes les yeux au jour. Arrachez l'homme voisin du pôle à ses montagnes de glace, et bientôt il languira. Transportez l'Africain sous notre zone tempérée, et il regrettera ses sables brûlants.

Si nous trouvons dans l'amour du pays natal une source de joies pures et douces, nous y puisons malheureusement aussi le germe d'une affection triste de l'âme, dont les caractères, en apparence fort légers, conduisent parfois à une fin prématurée : nous avons nommé la *nostalgie*, ou le *mal du pays*.

Dans la maladie qui nous occupe, le passé seul tient l'esprit en éveil. Les parents, les amis, les voisins, le vallon, la rivière et l'église du village sont successivement l'objet d'une pensee, d'un regret et d'une larme. Nous subissons tous le sort commun, à des degrés différents, il est vrai; mais il n'est personne qui soit affranchi de la mélancolique influence de ces sensations.

Tant de nos premiers ans l'habitude a de force!

Le mal du pays s'observe partout, sous les climats les plus dispa-

©BIUM

rates comme dans les saisons les plus dissemblables ; il ne respecte ni le sexe ni l'âge. Le riche ou le pauvre, le sauvage ou l'homme civilisé, l'âme la mieux trempée ou la plus pusillanime deviennent sans pitié ses victimes.

Établissons tout d'abord que la nostalgie ne reconnaît pas une cause unique, et que si, dans la très grande majorité des cas, elle est provoquée par l'éloignement du sol natal, il ne s'ensuit pas qu'elle n'ait d'autres mobiles. Voyez plutôt ce tendre enfant qu'une nourrice mercenaire vient de rendre à sa famille ; comme il se désole lorsqu'il voit s'éloigner, pour toujours peut-être, la femme qui lui a tenu lieu de mère ; comme il l'appelle par ses cris. Ses parents le comblent de caresses, mais il reste insensible et morne: Cet enfant-là est nostalgique.

L'homme qui, pendant de longues années, s'est exposé aux incessants périls de la navigation, n'ayant que le ciel pour abri, et devant lui que la perspective d'un horizon sans limites, que vient-il à regretter, lorsque les progrès de l'âge l'obligent à jeter l'ancre pour la dernière fois ? Oh ! ce n'est pas le toit paternel, mais bien son bâtiment et la mer.

Ce soldat qui a vécu de la vie des camps, ce médecin dont les jours se sont écoulés à calmer la souffrance, cet artiste qui n'a jamais connu que palettes ou ciseaux, cet actif industriel, ce simple ouvrier enfin, que deviennent-ils quand le temps et les infirmités les condamnent au repos ? Nostalgiques. Le changement d'habitudes, l'inaction, les loisirs de la retraite et l'ennui sont de mauvais compagnons en général, et leur pernicieuse influence se fait bientôt sentir sur toutes les fonctions de l'économie. Une réaction sympathique du cerveau sur un viscère important arrive, et voici que la Parque a tranché le fil d'une existence devenue morose et pénible depuis qu'elle a goûté le bonheur.

A quel âge la nostalgie est-elle le plus à craindre ? Dans l'âge des illusions, lorsque l'adolescent jette un pont d'or sur l'avenir, et que, sans scruter les profondeurs de l'abîme, il se dirige d'un pas sûr et la joie dans le cœur vers un monde inconnu où il est avide de paraître. Ici, c'est un jeune homme plein de candeur, élevé au sein d'une famille qu'il chérit, qui, brusquement, s'arrache aux baisers de sa mère en pleurs, pour venir étudier à Paris. Là, c'est un adolescent qu'un roulement de tambour appelle au service du pays, à la défense du drapeau national : il dit un adieu quelquefois éternel à ses vieux parents, à ses amis, à son amante, et le voici qui change de climat, de mœurs, de travaux, de genre de vie. Le vide qu'il éprouve, l'absence des impressions agréables qui

©BIUM

réjouissaient sa jeune âme, sont loin de le soustraire aux tristes pensées, aux amers regrets d'avoir quitté sa première existence. Aussi, l'administration militaire, sur l'avis des hommes spéciaux, est-elle souvent obligée d'accorder des congés à la recrue nostalgique, qui, sans cette paternelle mesure, aurait péniblement langui, semblable au végétal qui s'étiole quand on le transplante dans une terre étrangère.

La femme, malgré son esquise sensibilité, est moins exposée au mal du pays; les circonstances étiologiques sont plus rares chez elle. Élevée sous les yeux vigilants de ses parents, la jeune fille ne quitte en général sa famille que pour en fonder une nouvelle, et son cœur est bientôt rempli des nouveaux objets de sa tendresse.

La pénalité en vigueur chez les peuples anciens ou modernes a toujours regardé l'exil comme le plus terrible châtiment à infliger au coupable. Les Grecs firent souvent abus de l'ostracisme, et les compagnons d'infortune ne manquèrent point à Aristide et à Miltiade. Les Romains, de leur côté, ne ménagèrent point les rigueurs du bannissement à des hommes du plus haut mérite. Qui ne connaît les stances nostalgiques du poëte le plus aimable que Rome ait jamais possédé, de celui qui connut et chanta si bien l'amour, d'Ovide enfin, qui s'écria un jour, dans l'amertume de ses regrets :

O quater, o quoties non est numerare beatum!
Non interdicta cui licet urbe frui.

Rien ne développe peut-être le mal du pays à un plus haut point que la détention. Un jour que nous visitions avec le plus grand soin l'immense établissement pénitentiaire de Clairvaux, nous nous souvenons d'avoir çà et là rencontré de jeunes prisonniers qui nous avouèrent en pleurant que le sévère régime de la maison n'entrait point pour eux en ligne de compte, mais que leur plus poignante torture était de vivre éloignés du clocher de leur village. Nos annales militaires contemporaines ne renferment-elles pas en effet la relation si curieuse du sauvetage du ponton *la Castille*, en 1810, de la part de cette grande et héroïque armée d'Espagne, qui, vaincue par les armes deux ans auparavant, après la capitulation de Baëlen, fut engloutie toute vivante dans d'étroites prisons, dans des pontons infects? La nostalgie fit périr plus de Français que la fièvre jaune. Aussi, pour éviter le supplice moral d'une telle fin, une poignée d'hommes énergiques s'arma-t-elle contre les gardes de la geôle. Un horrible massacre s'ensuivit, mais quelques-uns revirent le sol natal.

C'est encore la nostalgie qui, un peu plus tard et sous le gou-

©BIUM

vernement de la Restauration, vint décimer les rangs de cette armée d'officiers démissionnaires, connue sous le nom d'*expédition du Champ d'asile*, et que commandait le brave général Lallemand.

Tout ce qui rappelle d'heureux souvenirs suffit pour enfanter le mal du pays. Que l'on se souvienne plutôt de cet air de cornemuse joué par les bouviers dans les montagnes helvétiques, et de l'effet magique que produisirent les accents rustiques du *Ranz des vaches* sur les soldats suisses. Il fallut défendre *sous peine de mort* de chanter, de siffler ou de jouer cet air sur aucun instrument, car il rappelait des sentiments trop tendres et déterminait une douleur très vive, apaisée seulement par la désertion ou la mort volontaire.

> . . . Voyez l'habitant des rochers helvétiques :
> A-t-il quitté ces lieux tourmentés par les vents,
> Hérissés de frimas, sillonnés de torrents?
> Dans les plus doux climats, dans leurs molles délices,
> Il regrette ses lacs, ses rocs, ses précipices.
>
> DELILLE.

Le tempérament bilieux est celui qui dispose le plus à la nostalgie, et aucune saison ne favorise davantage son développement que l'automne : la chute des feuilles, la nudité de la terre, le peu de temps que le soleil éclaire l'horizon, les pluies continuelles, les promptes vicissitudes atmosphériques et les froids humides fixent en effet notre esprit sur un ordre d'idées souvent mélancoliques. L'heure de la journée qui offre le plus de prise au retour de la pensée vers des objets aimés est celle du coucher du soleil, à cet instant où l'homme éprouve une espèce de lassitude toute particulière, un état de malaise et d'abandon indéfinissable.

A l'imitation de M. le docteur Musset (de Nantes), qui a écrit sur le mal du pays quelques lignes élégantes et bien senties, nous croyons qu'il faut admettre trois phases distinctes dans la nostalgie. Au premier degré de son affection morale, le malade est triste, inquiet, insouciant, taciturne et sombre; il éprouve des faiblesses et des lassitudes spontanées, répète à chaque instant le nom de ses proches, regarde la terre natale comme un lieu enchanté, et s'abandonne à des rêveries apathiques. Cette période de la nostalgie est la plus fréquente, et elle a inspiré d'éloquentes phrases à un célèbre voyageur qui, parvenu au sommet du Vésuve, écrivit ce qui suit sur ses tablettes : « Quelle providence m'a conduit ici? Par quel » hasard les tempêtes de l'Océan américain m'ont-elles jeté aux » champs de Lavinie? Né sur les rochers de l'Armorique, le pre- » mier bruit qui a frappé mon oreille en venant au monde est celu

©BIUM

» de la mer; et sur combien de rivages n'ai-je pas vu depuis se » briser les mêmes flots que je retrouve ici? Qui m'eût dit, il y a » quelques années, que j'entendrais gémir, au tombeau de Scipion » et de Virgile, les vagues qui se déroulaient à mes pieds sur les » côtes de l'Angleterre et sur les grèves du Canada? Mon nom est » dans la cabane du sauvage de la Floride; le voilà sur le livre de » l'ermite du Vésuve. Quant déposerai-je à la porte de mes pères le » bâton et le manteau de voyageur.

O patria, o divum domus Ilium!

» Que j'envie le sort de ceux qui n'ont jamais quitté leur patrie, » et qui n'ont d'aventures à conter à personne! »

Arrivé au deuxième degré, le malade a les yeux égarés, rouges et gonflés; il soupire et pleure involontairement. Son teint devient livide, l'appétit se perd, les digestions sont pénibles, les excrétions et les sécrétions se troublent, la transpiration diminue, la céphalalgie apparaît, et avec elle un sommeil tourmenté par des rêves retraçant toujours le charme inexprimable de la vie sous le toit paternel; la respiration est courte, la peau sèche, le pouls faible et lent. Des accidents fébriles se montrent vers le soir, les forces physiques disparaissent, l'amaigrissement est très rapide et les facultés intellectuelles s'éteignent.

Enfin, dans le troisième degré, tous les symptômes s'aggravent : insomnie, stupeur, délire, prostration, diarrhée colliquative, fièvre ardente, dépérissement effrayant. Le pauvre nostalgique rend bientôt son âme à Dieu, mais le dernier battement de son cœur a été un soupir pour l'objet de ses amours :

Et dulces moriens reminiscitur Argos.

L'anatomie pathologique est assez difficile à indiquer; plusieurs auteurs ont prétendu n'avoir jamais trouvé de lésions cadavériques, tandis que Percy et Broussais affirment avoir rencontré des traces non douteuses de phlegmasie dans la poitrine et le canal digestif, ainsi que des épanchements séreux dans les ventricules du cerveau. M. Boisseau a plus spécialement porté son attention sur l'état des méninges, et il a déclaré qu'elles étaient opaques, rouges et épaisses sur la portion de leur étendue qui recouvre la partie antérieure des hémisphères cérébraux. Nous n'avons ouvert qu'un seul nostalgique, et, soit défaut d'attention, soit qu'il n'y eût réellement rien de particulier, nous déclarons n'avoir pas trouvé dans l'autopsie la moindre altération appartenant à la pathologie.

Le diagnostic présente de sérieuses difficultés au premier degré,

©BIUM

car le mal du pays ne se différencie alors de l'hypochondrie et de la mélancolie que par des nuances perceptibles seulement à un coup d'œil exercé. Au second et au troisième degré, personne n'y est trompé.

Le pronostic est très variable et dépend beaucoup des causes qui ont déterminé cette maladie, parfois si meurtrière, lorsqu'elle règne épidémiquement dans les camps, les hôpitaux ou les prisons, par exemple.

Pour captiver la confiance de son malade, et pour espérer d'alléger ses souffrances, sinon de les guérir, il faut que le médecin possède l'art de lire dans le cœur du nostalgique. Cette brèche une fois ouverte, que de consolations vont pénétrer jusqu'à cette âme brisée par la douleur. L'homme qui souffre ne veut pas être heurté : il se révolte contre la raison, si elle se présente à lui avec un front haut, sévère et grondeur. Nous faisons assez pressentir par là que la science ne dirige pas tout son arsenal thérapeutique contre le mal du pays, mais qu'elle s'adresse à la bienveillance, à la bonté, à la fertile imagination et à l'inépuisable dévouement de ses mandataires, pour relever le moral de l'affligé et faire rentrer dans son cœur une douce quiétude, avec l'espoir d'un prochain retour dans des foyers si regrettés.

Dans le traitement des affections de l'intelligence, les prêtres de l'ancienne Égypte ajoutaient aux moyens naturels fournis par l'hygiène, tout ce qui est susceptible de produire d'agréables sensations : les jeux, les exercices, les danses, les chants, les sons les plus mélodieux, l'exposition d'images séduisantes. Ils avaient raison, aussi devons-nous faire comme eux.

Sur la fin du siècle dernier, le baron Desgenettes n'a-t-il pas su utiliser, en Égypte, les charmes de la musique pour distraire l'armée des Pyramides? Cette influence est si souveraine que les capitaines qui faisaient la traite n'avaient pas de plus sûr moyen, pour dissiper la tristesse des noirs et empêcher leur révolte à bord, que de leur faire entendre de la musique.

Si les raisonnements, les consolations, les jeux, la gymnastique, le travail corporel et les ressources de l'hygiène ne triomphent pas des souffrances du nostalgique, le moyen infaillible de lui conserver la vie est de le rendre à son village, à sa mère, à sa maîtresse. Si la chose est impossible et que le mal fasse de rapides progrès, essayez les toniques et l'hydrothérapie, parlez sans cesse au malade des objets qu'il affectionne le plus, et vous sèmerez ainsi quelques fleurs sur les bords de sa tombe.

©BIUM

Cancer du cervelet ayant simulé une paralysie générale. — Analogie de ces deux affections. — Caractères différentiels. (Observation recueillie par MM. les docteurs AUBANEL et SAUZE (de Marseille).

Malgré les savants travaux qui ont été faits de nos jours par MM. Rostan, Andral, Lallemand, Calmeil, etc., et les nombreuses observations qui ont été publiées sur les affections organiques du cerveau, l'histoire du cancer de l'encéphale est encore bien incomplète et remplie d'obscurité. Pour ne parler que du diagnostic du cancer cérébral, que de difficultés se présentent pour l'établir avec quelque certitude! Que de points de contact offre cette affection avec les autres maladies des membranes ou de la substance même du cerveau! L'observation qui suit prouve une fois de plus combien les diverses lésions de l'encéphale, arrivées à leur période ultime, présentent entre elles de similitude, et combien peu on a de chances, quelle que soit l'expérience que l'on possède sur les affections cérébrales, d'arriver à un diagnostic non douteux. Nous avons cru qu'il ne serait pas sans utilité de signaler l'erreur à laquelle cette observation a donné lieu, ne fût-ce que pour avertir les praticiens de se tenir en garde contre une pareille méprise, et surtout de chercher à la rendre moins facile par l'étude plus attentive des moyens de diagnostic différentiel. Nous allons d'abord rapporter le fait tel qu'il a été observé.

OBS. — Begon (Antoine), cordonnier, âgé de quarante-neuf ans, entre à l'asile des aliénés de Marseille le 28 avril 1856. Les renseignements qu'on nous donne au moment de l'admission sont très incomplets. On nous dit que cet homme buvait beaucoup, qu'il quittait souvent l'atelier pour aller au cabaret, et que, sous l'influence de ces excès répétés, sa santé a fini par s'altérer, bien qu'il fût doué d'une constitution robuste. Le début de la maladie aurait été signalé par de violents maux de tête; puis on a remarqué un certain affaiblissement des facultés intellectuelles et surtout de la mémoire, une certaine difficulté dans la prononciation. La démarche est devenue difficile, il chancelait, et à la suite d'une congestion cérébrale, la progression est devenue impossible. Depuis lors il est survenu de l'agitation maniaque.

Au moment de l'entrée, nous constatons les symptômes suivants : facies injecté, saillie des globes oculaires avec amaurose, difficulté extrême de l'articulation des mots, affaiblissement considérable des membres inférieurs. Il ne peut absolument ni se tenir sur les jambes, ni marcher.

©BIUM

Pendant le court séjour qu'il a fait dans notre établissement, Begon n'a pas quitté le lit des gâteux. Il ne parlait pas, semblait étranger à tout ce qui se passait autour de lui; l'intelligence est presque complétement abolie. Le facies exprime l'hébétude la mieux caractérisée. La physionomie est éteinte. Nous diagnostiquâmes une démence paralytique au troisième degré.

Vers le milieu du mois de mai, Begon est pris de convulsions épileptiformes, avec tendance au coma. Ces graves symptômes cérébraux ont une durée de quelques jours, et disparaissent sous l'influence d'une application de sangsues aux apophyses mastoïdes, et de l'usage de la limonade stibiée. Mais à partir de ce moment, notre malade va en s'affaiblissant de plus en plus. Il maigrit, avale avec peine; la fièvre s'allume, et il s'éteint graduellement dans un état de marasme, le 15 juin 1856.

Autopsie. — A l'ouverture de la boîte osseuse, le cerveau ne présente rien d'anormal, il semble seulement repoussé au dehors; la dure-mère est dans un état de tension considérable.

En enlevant le cerveau, nous découvrons une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, présentant sur sa circonférence des bosselures. Elle occupe la fosse occipitale gauche. Elle est pédiculée sur le rebord latéral de cette même fosse. Les tables interne et externe de l'os sont complétement détruites. L'aponévrose seule empêche la tumeur de faire saillie au dehors. Tout le lobe gauche du cervelet est refoulé en avant, et sa substance réduite en bouillie. Les tubercules quadrijumeaux, la protubérance annulaire, ainsi que les nerfs optiques, présentent un ramollissement considérable. La consistance du lobe droit du cervelet et du cerveau est à l'état normal. Les membranes du cerveau sont libres d'adhérences et se détachent facilement. Elles sont cependant un peu épaissies et congestionnées; elles ont une coloration rougeâtre.

Autopsie de la tumeur. — Divisée avec le scalpel, la tumeur fait entendre un bruit particulier; le tissu en est dur, grisâtre, demi-transparent. Extérieurement, la tumeur est lisse, offrant des bosselures de la grosseur d'une noisette, adhérente par sa base à la dure-mère, où elle semble avoir pris naissance. Par sa partie libre, elle est distincte de la pulpe du cervelet, avec lequel elle n'a aucune communication.

RÉFLEXIONS. — En présence de l'appareil de symptômes précédemment décrit, nous n'avions pas hésité à diagnostiquer une paralysie générale arrivée au troisième degré. En effet, cet affaiblissement considérable de l'intelligence et de la motilité, cette

©BIUM

difficulté dans l'articulation des mots, ce facies éteint, propre aux déments arrivés à cette période, les antécédents du malade, tout nous autorisait à croire à l'existence d'une démence paralytique avancée, en l'absence de renseignements plus précis sur la marche de la maladie et la gradation des divers symptômes. Quel fut notre étonnement quand l'autopsie nous révéla l'existence d'une tumeur cancéreuse du cervelet! Nous cherchâmes alors à connaître d'une manière exacte l'évolution pathologique de cette affection.

Voici ce que nous a raconté la femme de Begon : Deux ans environ avant son entrée à l'asile des aliénés, il a commencé à ressentir de violents maux de tête à la région frontale. Cette céphalalgie disparaissait par moments. Le repos au lit exaspérait le malade.

Huit mois environ après le début de la maladie, il tombe tout d'un coup, avec perte de connaissance et convulsions épileptiformes. Ces attaques se sont renouvelées depuis lors, à plusieurs reprises, sa vue a diminué, et les extrémités inférieures se sont affaiblies. Le délire est survenu au quinzième mois. Il y avait des hallucinations de la vue. Il voyait, disait-il, des hommes qui venaient dans sa chambre pour embrasser sa femme, et il se mettait en colère. En dernier lieu, il avait pris sa famille en aversion. Pendant toute la durée de la maladie, il y a eu de la constipation. On n'a rien remarqué d'anormal du côté des organes de la génération.

Comme on le voit, l'histoire de la maladie de Begon se rapproche sensiblement de la plupart des faits de cancer de l'encéphale consignés dans les divers auteurs. Dans un article remarquable publié dans le *Dictionnaire de médecine en* 30 *volumes*, M. Calmeil assigne comme symptômes au cancer cérébral, la céphalalgie, les lésions des mouvements, les lésions des sens, les lésions des facultés intellectuelles ; mais il reconnaît lui-même qu'il n'est aucun de ces phénomènes qui soit pathognomonique, qui ne se retrouve dans le cours des autres affections organiques du cerveau et de ses membranes. D'ailleurs, la plupart de ces manifestations pathologiques peuvent tout aussi bien se rapporter aux lésions concomitantes qu'à la maladie locale. Et ce n'est certes pas sans fondement qu'on a avancé, comme le dit fort judicieusement M. Calmeil, que l'observation d'une tumeur cancéreuse de l'encéphale retraçait moins l'histoire d'une affection unique que la succession de plusieurs maladies cérébrales.

N'est-il pas évident que la plupart des symptômes assignés par les auteurs au cancer de l'encéphale se retrouvent dans le cours de

©BIUM

paralysie générale? C'est là un fait incontestable pour tous ceux qui ont observé cette dernière maladie, et qui explique l'erreur de diagnostic que nous avons commise. Il est certain qu'à l'époque du début, la confusion entre ces deux affections serait plus difficile. Mais il n'est pas toujours donné aux médecins d'assister à cette période de la maladie, et à défaut d'avoir sur elle les renseignements nécessaires, et nous supposons le malade se présentant à son observation, à cette époque de l'affection où les manifestations intellectuelles étant presque complétement abolies, ainsi que la motilité, il est difficile de reconnaître si l'on a affaire à une paralysie générale arrivée au troisième degré, ou à une autre lésion organique du cerveau.

N'y aurait-il pas moyen d'éviter toute méprise et d'arriver à un diagnostic différentiel plus exact que celui donné par la plupart des auteurs? Nous le pensons, et, pour notre part, si à l'entrée du malade on nous avait fourni les renseignements que nous parvînmes plus tard à recueillir, nous aurions, sinon diagnostiqué une tumeur cancéreuse, du moins hésité beaucoup à croire à l'existence d'une paralysie générale.

Nous croyons que c'est surtout dans la marche de la maladie et l'apparition successive des divers symptômes, plutôt que dans ces symptômes eux-mêmes qui ont entre eux de si grandes analogies, qu'il faut chercher les éléments du diagnostic. Ainsi, dans le cancer de l'encéphale, les désordres de l'intelligence, quels qu'ils soient, délire ou affaiblissement des facultés, apparaissent plus tardivement.

Le malade accuse depuis longtemps des maux de tête; il a eu souvent des convulsions épileptiformes; il peut même avoir déjà un commencement de paralysie, et cependant l'intelligence demeure saine, la mémoire est conservée. Dans la paralysie générale, au contraire, déjà à cette période l'intelligence est plus ou moins altérée, les sentiments affectifs du malade sont pervertis, ainsi que son caractère. Il y a déjà un certain affaiblissement des facultés, une certaine lenteur dans les opérations intellectuelles, quand on n'observe pas un délire bien caractérisé.

Ces diverses modifications de l'intelligence se retrouvent même à une période beaucoup moins avancée. La non-existence de ces divers phénomènes pourra faire diagnostiquer à coup sûr qu'il ne s'agit pas d'une paralysie générale.

Nous avons vu que la céphalalgie s'exaspérait par l'effet de la chaleur du lit. C'est là un phénomène qui a été souvent noté pour le cancer de l'encéphale. Nous ne pensons pas qu'on ait eu occa-

©BIUM

sion de l'observer pour la paralysie. Quant à nous, qui avons vu un grand nombre de paralytiques, nous n'avons jamais pu constater ce fait. La céphalalgie des tumeurs cancéreuses de l'encéphale est aussi en général plus vive ; elle arrache souvent des cris au malade. Dans la paralysie générale, elle est ordinairement plus facilement supportée.

Nous savons bien que la paralysie générale n'est pas la seule affection avec laquelle on peut confondre le cancer de l'encéphale. Mais nous croyons que pour les autres lésions organiques du cerveau l'erreur sera moins facile. Et d'ailleurs nous avons voulu seulement insister sur ce point de diagnostic différentiel, qui nous semble, en l'état actuel de la science, pouvoir être établi d'une manière rigoureuse.

Ne pourrait-on pas également se demander, dans le cas qui nous occupe, si la présence dans l'encéphale d'une tumeur cancéreuse n'a pas suffi pour déterminer à la longue une véritable paralysie générale par l'excitation permanente qu'elle occasionne dans toute la masse encéphalique ? M. Calmeil n'est pas éloigné d'admettre cette opinion dans certaines circonstances. Pour notre part, nous répugnons à admettre ces sortes de paralysies générales qui accompagnent les affections organiques du cerveau. Nous regardons la paralysie générale comme une maladie presque toujours primitive, atteignant en général les sujets encore jeunes. Quant à ces paralysies qui se généralisent à la longue, comme on en observe, par exemple, chez les vieillards à la suite des hémorrhagies cérébrales, ce sont pour nous en quelque sorte des *pseudo-paralysies générales*, paralysies consécutives qui présentent bien de l'analogie avec la paralysie générale primitive des adultes, mais qui en diffèrent et par la nature des lésions cérébrales et par la physionomie spéciale des phénomènes paralytiques.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Société médico-psychologique.

Rapport de M. Cerise sur le mémoire de M. le docteur Puel (1).

MESSIEURS,

J'ai à vous rendre compte du mémoire de M. le docteur Puel, sur la catalepsie. Ce mémoire, couronné en 1855 par l'Académie de médecine, fait partie du recueil des travaux de cette savante compagnie.

Ce qui me fait appeler votre attention sur le travail de M. Puel, ce n'est pas seulement la manière à la fois sobre et savante dont le sujet y est traité, mais c'est encore et surtout le grand intérêt qui s'attache à l'observation 150e, dans laquelle notre confrère, qui l'a recueillie lui-même, a déployé, pendant plus de trois années, un zèle, une patience, une persévérance non-seulement de chaque jour, mais encore de plusieurs heures du jour et de la nuit, à ce point qu'il a été témoin attentif de près de mille accès dont la durée était quelquefois de trois heures. Je ne sais pas que les annales de la clinique aient jamais conservé le souvenir d'un plus noble dévouement à la science et à l'humanité. Aussi cette observation, remarquable à la fois par les symptômes de la maladie et par la guérison de la malade, restera-t-elle comme un modèle à imiter dans l'étude clinique des névroses extraordinaires.

Voici d'abord quelques mots sur le mémoire de M. Puel. Je reviendrai ensuite sur cette observation 150e, qu'il est de mon devoir de vous faire connaître.

M. Puel, pour nous convaincre que la catalepsie n'est pas seulement un symptôme, mais bien une maladie, applique à la distinction spécifique des maladies la règle qui dirige les naturalistes en botanique et en zoologie. « On caractérise généralement les maladies par la réunion de plusieurs symptômes plus ou moins variables individuellement, mais constituant, par leur ensemble, une forme bien définie; un symptôme unique peut suffire, mais il faut qu'il se

(1) Le défaut d'espace nous avait empêché jusqu'à présent d'insérer ce rapport que M. Cerise a fait intervenir dès le début dans la discussion sur les névroses extraordinaires.

©BIUM

rattache à une lésion organique constante, ou bien qu'il n'appartienne à aucune autre maladie. La catalepsie est dans ce dernier cas; elle présente un signe qui lui est propre et qui suffit, dans tous les cas, pour la distinguer sûrement de toute autre affection. Ce symptôme caractéristique consiste dans une perturbation du mouvement musculaire qui permet de donner au tronc et aux membres toutes sortes d'attitudes, sans que le malade puisse lui-même les modifier en aucune manière. » C'est en effet dans ce caractère que l'auteur puise l'élément de la définition et du diagnostic de la catalepsie.

Après avoir ainsi établi le caractère nosologique de la catalepsie, M. Puel proteste contre toute pensée de théorie pathogénique, à son avis impossible. Il fait remarquer combien il est regrettable que les auteurs aient laissé si peu d'observations bien faites et un si grand nombre d'explications extravagantes. Fidèle au conseil de Sennert, il s'attache à noter avec soin toutes les histoires connues de catalepsie : *Historiæ catalepticorum si occurrent diligenter annotandæ.* Le nombre total s'élève à 150. Sur ce nombre, 7 sont inédites, et sur ces 7 (144-150), 4 ont été communiquées à l'auteur et 3 ont été recueillies par lui-même. Un tableau mentionne ces 150 observations en suivant l'ordre des dates, en indiquant l'âge et le sexe des malades, et le nom des auteurs.

Ce tableau est précédé d'un historique qui se distingue par une critique à la fois discrète et sûre, qui est le cachet d'une érudition véritable.

M. Puel, réduisant la catalepsie à des termes essentiels, définit cette maladie : « Une névrose intermittente, essentiellement caractérisée par l'impossibilité où est le malade de changer volontairement d'attitude, tandis qu'une personne étrangère peut à son gré faire passer successivement tous les muscles de la vie animale par tous les degrés intermédiaires entre les limites extrêmes de contraction et d'extension. Ainsi, d'une part, impossibilité absolue pour le malade de contracter ou de relâcher ses muscles; de l'autre, possibilité constante pour une personne étrangère de produire cette contraction et ce relâchement. Ces deux caractères peuvent manquer néanmoins, dirai-je à M. Puel, sans que pour cela le diagnostic de la catalepsie puisse être contesté. Vous citez vous-même l'observation que notre collègue M. Bourdin a publiée dans son livre, relative à M. Arthur D..., qui exécutait les ordres qu'on lui donnait verbalement. Et la malade de Fernel, qui mangeait avec avidité : « *Quidquid in os inserebatur prompte vorabat.* » Et votre malade de la 150e observation, non-seulement résistait à toutes les tentatives

©BIUM

que l'on faisait pour amener un changement d'attitude, mais encore en éprouvait une vive souffrance qui aggravait sa rigidité musculaire. On ne pouvait la toucher, même légèrement, sans rendre plus pénible, plus complète, plus générale, la contracture que l'on voulait combattre ou prévenir en un point. J'ai vu une cataleptique âgée de quatre-vingt-trois ans, présentant des accès de contracture fixe, sur lesquels ma volonté, pas plus que celle de la malade, ne pouvait exercer le moindre empire. J'ai vu un jeune homme atteint d'une roideur cataleptique que je ne pouvais vaincre. J'ai été consulté par une jeune dame dont les accès avaient lieu quelquefois pendant qu'elle tenait son enfant élevé dans ses bras, et chez laquelle on était forcé de respecter ce périlleux maintien tant que l'accès durait. Je sais que M. Puel répond que cette impuissance n'est pas absolue, et que, quand on sait la vaincre, elle cesse. Ceci soulève une autre question que personne ne s'attendait à voir surgir ici. La malade de la 150e observation contractait ses muscles avec une énergie croissante quand on la touchait, même légèrement. Certes la patience de M. Puel est à nulle autre pareille, il l'a bien prouvé. Eh bien! je puis affirmer que l'impossibilité où il s'est trouvé, pendant un grand nombre de mois, d'obtenir chez madame D... le moindre relâchement musculaire, aurait duré indéfiniment si le hasard ne lui eût fait découvrir un jour, au millième accès peut-être, qu'une douce friction d'abord, qu'une simple imposition des mains à distance plus tard, dirigée successivement sur chacun des muscles contracturés, en amenait la résolution aisément et presque instantanément. Cette précieuse découverte a révélé à M. Puel ce fait curieux que madame D... était à la fois cataleptique et somnambule, et j'en tire, moi, cette conséquence que si la rigidité musculaire tenait à la première de ces maladies, le relâchement n'a été possible que grâce à la seconde; une raison de plus pour ne pas séparer d'une manière trop absolue deux états hypnopathiques, qui, au lieu de former accidentellement une complication, peuvent fort bien être la transformation d'une névrose dans une autre.

Il y aurait un grand intérêt à suivre l'auteur dans ce laconique et substantiel traité de la catalepsie, et à résumer ce qu'il renferme de précis sur la synonymie ancienne et moderne, les symptômes, le diagnostic, l'étiologie, la marche, la durée et le traitement de cette étrange névrose, considérée dans les 150 observations mentionnées plus haut. Mais ce serait prolonger indéfiniment le compte rendu du livre, au détriment de l'observation 150e que je désire vous faire connaître. Je me bornerai à indiquer certaines données, qui me

©BIUM

semblent appeler plus particulièrement notre attention entre toutes celles qui résultent des 150 observations.

Relativement aux *symptômes*, que deviennent la sensibilité et l'intelligence dans un accès cataleptique ? M. Puel répond avec raison qu'on ne peut en affirmer, ni la persistance, ni la suspension, tout moyen d'action propre à les manifester se trouvant impossible. Il faut prendre garde de confondre l'immobilité avec l'insensibilité, l'absence d'expression et de parole avec l'absence de pensée ou de sensation. Arthur D., je l'ai déjà rappelé, obéissait aux ordres qu'on lui donnait. Le condisciple de Galien se rappelait, l'accès fini, les gestes et les paroles des personnes qui, pendant l'accès, l'avaient entouré. Chez quelques malades cités par l'auteur, c'est la vue qui persiste; chez quelques autres, c'est l'ouïe; chez un petit nombre, l'odorat; chez un plus grand nombre, ce sont le toucher et le tact, qui ont été seuls ou plus particulièrement conservés, quelquefois surexcités. Ces faits sont rares, exceptionnels, mais ils se rencontrent dans quelques-unes des 150 observations. Si la mémoire des impressions reçues pendant l'accès était le fait ordinaire, on pourrait apprendre des malades eux-mêmes si, dans les accès, les impressions sont le fait habituel ou le fait exceptionnel. Mais, en général, ce dernier témoignage de la sensibilité, de la pensée et de la conscience des malades, pendant les accès, fait défaut, comme l'expression par la physionomie, le geste, l'attitude et la parole. Si dans la catalepsie il y a sentiment et pensée comme dans le somnambulisme son proche parent, à coup sûr, comme dans le somnambulisme, la mémoire en est presque toujours perdue. Reste à savoir si l'immobilité cataleptique n'est point un masque trompeur derrière lequel se cache un état où l'expression est rarement en défaut, et que, par sa patience, le médecin expérimenté pourrait faire apparaître à volonté. Ceci est une question que j'adresse à M. Puel, sachant bien que malgré sa prudente discrétion de concurrent, il me répondrait affirmativement aujourd'hui que son mémoire a obtenu le prix.

Non-seulement la régidité musculaire ne peut être vaincue dans certains cas, contrairement au signe différentiel accepté par M. Puel, mais encore il y a des exemples de mouvements spasmodiques et incoercibles des paupières, *palpebrant ægrotantes*, dit C. Aurelianus. Il y a des exemples de liberté partielle permanente ou alternative de certains mouvements. Toutes ces variétés ajoutent une démonstration de plus à cette grande vérité médicale, que l'absolu qui est dans les idées est rarement dans les choses.

Relativement aux *causes*, aucune généralisation n'est possible

©BIUM

d'après les 150 observations réunies par l'auteur. Richesse, pauvreté, oisiveté, travail, profession, tempérament, sexe, régime, climat, saison, etc., toutes ces choses peuvent donner lieu à des chiffres, mais ces chiffres ne prouvent rien. Une forte émotion, n'importe à quelle passion elle se rattache, joue réellement, mais moins souvent qu'on ne le supposerait, le rôle de cause déterminante. Au commencement du XV^e^ siècle, deux cordeliers languedociens furent saisis de catalepsie pendant le saint sacrifice de la messe, au moment de l'élévation, le premier on ne sait pourquoi, le second qui achevait la messe commencée par l'autre, par un effet, dit le chroniqueur Bardin, de la peur et de l'imagination blessée.

Un prêtre, de l'observation 18^e^, eut un accès au même moment, Curtiers et Forestier ne disent pas pourquoi.

Si, en pathologie, on ne disait réellement que ce dont on est sûr, le chapitre de l'étiologie serait quelquefois fort court. M. Puel, qui ne dit jamais rien de trop, aurait pu être sur ce point encore plus laconique.

Relativement à la *marche*, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est l'intermittence des accès avec périodicité plus ou moins bizarre, qui a été observée chez un certain nombre de malades (6 sur 150).

Relativement à la *durée* de la maladie, elle varie entre quelques minutes ou un seul accès, et huit années ou un nombre indéfini d'accès. Relativement à la durée des accès, on a observé des différences extraordinaires, dont les deux extrêmes sont quelques secondes d'une part et quatre mois de l'autre. Il faut même noter que l'accès du malade de Sarlandière a duré six mois plutôt que quatre, si l'on ne tient aucun compte d'une interruption de quelques minutes seulement arrivée le 29 novembre 1855, dans un accès qui avait commencé le 23 septembre précédent et qui ne cessa que le 28 mars de l'année suivante.

Relativement à la *terminaison*, M. Puel affirme que le retour à la santé est le fait le plus fréquent. Relativement à l'*anatomie pathologique*, il n'affirme rien. Relativement au *traitement*, il affirme peu. Malheureusement pour cette maladie comme pour beaucoup d'autres, le chapitre de la thérapeutique se réduit à l'énumération des médicaments employés plutôt qu'à l'indication de ceux qu'il faut mettre en usage. La nature fait donc les frais de la guérison de la catalepsie comme de tant d'autres maladies qui, comme elle, sont assez heureuses pour guérir. Comme l'a dit Dionis, cité par M. Puel : « La nature sage et industrieuse pour sa conservation, s'est débarrassée elle-même sans aucun secours humain. » M. Puel est trop modeste pour l'art médical et pour lui-même ; car la merveilleuse guérison

©BIUM

de la malade de la 150e observation, c'est bien lui qui l'a obtenue par sa patience, ses efforts, son savoir et sa sagacité.

Le moment est venu de vous faire connaître cette malade. L'observation est longue, détaillée, pleine d'accidents également importants, et je puis affirmer qu'elle est plutôt discrète que prolixe. En la résumant je la mutilerais nécessairement. Pour vous la donner complète, il faut vous la rapporter telle qu'elle a été écrite, peut-être même en raconter, comme témoin oculaire, des détails précieux qui y sont à peine énoncés. Le travail de M. Puel, faisant partie des *Mémoires de l'Académie*, et n'ayant été répandu au dehors que par le tirage à part d'un petit nombre d'exemplaires, il ne sera pas regrettable que cette 150e observation soit reproduite tout entière dans nos *Annales*. Une observation aussi remarquable d'une maladie aussi longue, est un document précieux que nous devons recueillir dans toute son étendue. Nulle part on ne trouvera une observation plus propre à démontrer l'étroite alliance qui existe entre certaines névroses et le somnambulisme, et l'utilité qu'il y a à connaître cette alliance dans l'intérêt de la thérapeutique.

Catalepsie compliquée de somnambulisme.— Madame D..., âgée de quarante-cinq ans, a reçu une éducation distinguée. Les premiers symptômes de sa maladie remontent à vingt ans. Née en 1810, bien portante, elle fut réglée à seize ans, en 1826. Vers dix-huit ans (1828), les règles se supprimèrent à la suite d'une frayeur. A partir de ce moment, il y eut une grande irrégularité dans les périodes menstruelles. Mariée à vingt-deux ans, elle eut d'abord une fausse couche, puis un second enfant qui mourut après dix mois. C'est pendant cette seconde grossesse qu'on vit apparaître, pour la première fois, la *douleur vive et permanente de la région de l'estomac*, que l'on retrouve ensuite dans toutes ses maladies subséquentes, qui est le caractère dominant de l'affection actuelle et le point de départ de tous les phénomènes nerveux. Pendant la digestion, douleurs vives à la région de l'estomac, vomissements, spasmes nerveux avec sentiment de boule hystérique, enfin perte de connaissance tous les jours, après le repas du soir.

Cet état persista jusqu'au huitième mois de la grossesse. Hémorrhagie utérine grave après l'accouchement; anémie, séjour de deux mois au lit, enfin retour des accidents hystériques et de la douleur épigastrique; un seul évanouissement par jour, au lieu de deux. Après ces deux grossesses, nouvelles fausses couches, et enfin naissance d'une fille qui vit encore : en résumé, en moins de cinq ans, quatre fausses couches et deux accouchements à terme.

©BIUM

Depuis sa seconde grossesse, madame D... a souffert presque sans interruption. Les symptômes de gastralgie prédominent dans toutes les indispositions ultérieures et persistent, avec une certaine intensité, dans les intervalles des diverses affections. De 1835 à 1852, madame D... éprouve un grand nombre de maladies variées, pour lesquelles elle est soumise aux traitements les plus contraires : elle éprouve souvent des vomissements, des contractions douloureuses de l'estomac et des convulsions hystériques avec perte de connaissance, douleurs d'estomac, toux hystérique, etc., etc.

Le 3 septembre 1852, M. Puel la vit pour la première fois. Elle éprouvait une douleur très vive au creux de l'estomac et dans le dos, et une toux sèche et fréquente. Il fut forcé de rattacher la toux à la gastralgie, parce qu'il ne découvrit aucun signe grave par l'examen de la poitrine. La toux diminua, mais les douleurs d'estomac devinrent intolérables ; elles augmentaient par la présence des aliments. Les moyens employés furent sans succès, comme tous ceux mis en usage antérieurement par d'autres médecins. Tous les soirs, entre quatre ou cinq heures, redoublement dans les symptômes ; douleurs plus vives ; roideur dans les mouvements et particulièrement dans ceux du cou ; ce malaise persistait plusieurs heures et ne se dissipait souvent qu'au milieu de la nuit. Un jour, vers cinq heures, les douleurs furent si intolérables que la malade s'évanouit pendant une demi-heure. M. Puel ne fut pas témoin de ce premier accès, et jugea que c'était un accès d'hystérie, comme ceux d'autrefois. Le lendemain, nouvel accès avec perte de connaissance plus longue : pendant cet accès, la malade est roide et immobile ; pas de convulsions cloniques. Dès qu'on la touche, même légèrement, *les muscles se contractent avec plus de violence ;* elle souffre évidemment de ce contact. Les mâchoires, fortement contractées, pressent les dents les unes contre les autres : de temps en temps, grincements de dents et cris étouffés ; les grincements et les cris augmentent par le moindre bruit entendu. Vu la périodicité, le sulfate de quinine fut administré ; mais les accidents s'aggravèrent au lieu de diminuer. On employa le valérianate de zinc, mais l'intensité croissante des accès et leur incontestable périodicité firent employer le valérianate de quinine. Augmentation notable des douleurs d'estomac ; faiblesse et dépérissement inouïs. Depuis six semaines, la malade ne s'était pas levée, ne prenait presque pas d'aliments : dès lors, plus de médicaments et pure surveillance du régime alimentaire jusqu'à la fin de décembre 1852, époque à laquelle la malade commençait à prendre des forces et allait mieux.

C'est pendant ce temps (d'octobre à décembre) que M. Puel arriva

©BIUM

à reconnaître que les accès de madame D... constituaient de véritables accès de catalepsie.

Vers le milieu d'octobre, la douleur épigastrique, symptôme principal de la maladie, est à peu près permanente ; faible le matin, elle augmente pendant la digestion, et atteint son maximum d'intensité dans la soirée ; vers quatre ou cinq heures, la région de l'estomac est tellement sensible que le moindre bruit extérieur y retentit douloureusement ; bientôt après, les muscles du cou se roidissent, la tête s'incline sur l'épaule gauche, celle-ci se relève fortement, et le bras du même côté se rapproche du corps ; on voit ensuite se contracter successivement les masséters, les muscles du tronc et des membres, enfin les orbiculaires des paupières ; au bout de quelques heures, tous les muscles du corps sont dans un état complet de roideur, et la violence des douleurs s'accroît en raison du nombre des muscles contractés ; en même temps, les idées s'obscurcissent de plus en plus, la vue se trouble, les paupières se contractent involontairement, et la malade éprouve une grande difficulté à les tenir écartées ; enfin les paupières se ferment, pour ne plus s'ouvrir. C'est alors que la malade perd connaissance.

En résumé, on doit remarquer que : 1° les contractions musculaires ont lieu successivement et toujours dans l'ordre indiqué ; 2° les muscles qui se contractent les premiers sont ceux qui, de même que l'estomac, reçoivent des filets nerveux de la huitième paire ; 3° c'est toujours à gauche, du côté de la grande courbure de l'estomac, où se trouvent les principaux nerfs, que débute la série des contractions musculaires.

A la fin d'octobre, les accès étaient très violents et présentaient une régularité remarquable ; la malade perdait connaissance à sept heures précises et ne revenait à elle que vers dix heures ; mais, malgré le retour de l'intelligence, les contractions musculaires persistaient et ne se dissipaient complétement que vers la fin de la nuit.

Une chose surtout mérite d'être remarquée pendant ces accès, c'est l'extrême sensibilité de la malade pour tout bruit et tout contact extérieur ; le son le plus léger lui faisait éprouver une sorte de secousse électrique ; les muscles se contractaient avec plus de violence lorsqu'on la touchait, même légèrement, et, si ce contact était prolongé, des cris étouffés s'échappaient de sa poitrine, en même temps qu'elle faisait des mouvements de déplacement comme pour fuir une impression pénible ; cette répulsion se manifestait indistinctement pour toutes les personnes qui entouraient la malade.

©BIUM

Comme il était impossible d'éloigner d'elle toutes les causes de bruit extérieur, elle finissait presque toujours par changer de position dans son lit; on était souvent fort embarrassé pour la préserver d'une chute; ses souffrances étaient si évidemment augmentées par le contact qu'on hésitait à s'approcher d'elle; néanmoins quelquefois on y était bien obligé, et, dans les premiers temps, ce contact la faisait souffrir considérablement; cependant il sembla que la sensation devenait chaque jour moins désagréable; enfin le médecin reconnut qu'elle supportait sa main lorsqu'il persistait, malgré ses cris, à la laisser sur la sienne. Dès qu'il put toucher la malade sans déterminer aucun mouvement de répulsion, il lui fut aisé de constater qu'elle était en état de catalepsie.

Il plaça les bras, les jambes, la tête et le tronc dans les attitudes les plus anormales et les plus difficiles à maintenir, et le corps conserva indéfiniment la dernière position déterminée; en un mot, il fut possible de faire passer chaque membre, et même chaque muscle, par tous les degrés intermédiaires, depuis l'extension la plus prononcée jusqu'à la contraction la plus énergique. C'est alors que, progressivement, M. Puel fut amené à découvrir un moyen de soulager la malade pendant ses attaques. Un soir, la malade était sans connaissance; il tenait la main gauche dans la sienne et faisait avec la main droite de légères frictions le long du bras, lorsque tout à coup il sentit la main s'entr'ouvrir et les doigts s'allonger par un mouvement lent et régulier; il redoubla ses frictions, et, en quelques minutes, il eut la satisfaction de rendre au bras une souplesse telle qu'après avoir été soulevé, il retomba sur le lit comme un corps inerte. Il crut avoir amené la fin de l'attaque, mais la malade était toujours sans connaissance, et tous les muscles du corps, excepté ceux du bras gauche, étaient restés dans la contraction.

Il s'empressa de faire des frictions analogues sur le bras droit, les jambes, le cou, le tronc, et obtint le relâchement complet des muscles; enfin il toucha légèrement les paupières pour faire cesser les contractions des orbiculaires, et la malade, jusque-là privée du sentiment, ouvrit les yeux et recouvra instantanément connaissance. Ce résultat merveilleux et inattendu pouvait paraître fortuit; mais, le lendemain et les jours suivants, il obtint également, avec la plus grande facilité, le relâchement complet des muscles, et le retour de l'intelligence et du sentiment. Pour donner plus d'authenticité à un fait aussi surprenant, il le fit constater, à plusieurs reprises, par d'honorables praticiens de Paris dont il cite les noms.

A partir de ce moment, M. Puel varia ses expériences de mille

©BIUM

façons, de manière à constater de nouveaux faits intéressants et de manière à arriver à la guérison complète de la malade. Voici, en résumé, les résultats les plus remarquables auquel il est arrivé :

1° Ce n'est qu'après avoir opéré le relâchement des autres muscles du corps qu'il touche les paupières pour faire recouvrer connaissance à la malade et mettre fin à l'accès; mais il peut également relâcher les muscles des paupières, sans faire cesser les contractions des autres muscles, restituer ainsi à la malade la plénitude de son intelligence, sans lui rendre la liberté de ses mouvements, ce qui permet à celle-ci d'être témoin de sa propre attaque de catalepsie. Chez la plupart des malades, la perte de connaissance survient en même temps que l'immobilité générale. Chez madame D..., les contractions musculaires se développent successivement, précèdent toujours la perte du sentiment, et persistent quelquefois après que l'on a fait recouvrer connaissance à la malade. « Ces faits » démontrent, dit-il, que le principe, quel qu'il soit, qui produit la » contraction musculaire, est indépendant de celui qui préside aux » fonctions sensoriales et intellectuelles. »

2° On peut opérer le relâchement partiel d'un membre, tous les autres muscles restant contractés. Ce qui a été fait le premier jour pour le bras gauche a eu lieu les jours suivants pour le bras droit et pour l'une des jambes. M. Puel a pu détruire la contraction de l'avant-bras en maintenant celle du bras, mettre la main dans le relâchement sans détruire la roideur du coude, rendre à un seul doigt de la main toute sa souplesse, les autres restant fortement contractés. Il en a été de même pour les subdivisions du membre inférieur et pour tous les muscles du corps accessibles au contact extérieur. Ces faits sont en accord parfait avec la proposition inverse, démontrée par M. Duchenne (de Boulogne), à savoir : la possibilité de produire la contraction isolée de chaque muscle du corps humain.

3° Des frictions faites dans le creux de l'aisselle, derrière le tendon du grand pectoral et près de la tête de l'humérus, suffisent pour amener en quelques minutes le relâchement du bras tout entier; on obtient un résultat semblable pour le membre inférieur en frictionnant la partie supérieure de la cuisse, entre les muscles pectiné et couturier.

4° Lorsqu'on laisse la main immobile sur un point quelconque du ventre, notamment au creux de l'estomac ou dans la région de l'utérus, on provoque une vive douleur; sur tous les autres points du corps, la main peut rester appliquée sans produire aucune sensation pénible, tandis que les frictions ordinaires, faites dans le but

©BIUM

de combattre la contraction des muscles, sont réellement douloureuses. Ajoutons que les frictions longitudinales, opérées de haut en bas et dans la direction des fibres musculaires, ont paru les plus efficaces.

Traitement. — Le traitement fut très long, très difficile, et dura près de trois ans. Une fois en possession d'un moyen de faire cesser les contractions musculaires et de faire revenir la connaissance, M. Puel songea à rompre la périodicité des attaques, et voici comment il s'y prit : Les accès, abandonnés à eux-mêmes, étaient d'une régularité désespérante ; vers sept heures précises, tous les soirs, la malade perdait connaissance, ne se réveillait ordinairement que de dix heures à minuit, et ne recouvrait la liberté complète des mouvements qu'à l'approche du jour. Aussitôt que la malade avait perdu connaissance, le docteur Puel procédait successivement au relâchement des muscles, et, vers huit heures environ, touchait les paupières pour faire recouvrer connaissance à la malade ; mais, vers dix heures, une nouvelle perte de connaissance survenait. La malade avait ainsi deux accès au lieu d'un, mais les deux accès réunis étaient moins forts que l'accès unique qu'elle avait précédemment. Il lui vint alors l'idée de retarder l'heure du premier accès, en combattant la roideur musculaire avant la perte de connaissance, et gagnant ainsi un quart d'heure tous les jours, il finit par faire coïncider l'heure du premier accès avec celle du second, c'est-à-dire qu'il n'arriva à n'avoir qu'une seule perte de connaissance, à dix heures du soir.

En continuant à agir ainsi tous les jours, il remarqua que les accès diminuaient d'intensité et même de durée ; un jour enfin, il fut assez heureux pour supprimer complétement l'accès. Il reparut les jours suivants ; mais plus tard il supprima, par le même moyen, deux accès consécutifs, puis trois, puis quatre, puis cinq. Malheureusement, des circonstances indépendantes de sa volonté, jointes à la fatigue que lui faisaient éprouver à lui-même des visites quotidiennes aussi prolongées, le forcèrent d'interrompre ce mode de traitement et d'avoir recours à d'autres moyens. La première modification qu'il fit subir à sa méthode consista à remplacer les frictions générales, faites sur tout le corps, par des frictions partielles, au creux de l'aisselle, pour produire le relâchement des bras, et à la région inguinale, pour les membres inférieurs ; mais il fallait faire ensuite des frictions sur les autres parties du corps, et cela demandait toujours beaucoup de temps et de fatigue. Il eut recours alors à la belladone, à la dose de 1 à 2 centigrammes en solution, qui, en facilitant le relâchement musculaire, lui fut très

©BIUM

utile pour retarder l'heure des accès et contribuer à leur fusion, lorsqu'il y en avait deux par jour. Mais l'emploi de ce médicament ayant déterminé une action directe sur le cerveau, caractérisée par de la céphalalgie et une dilatation extrême de la pupille, il se vit forcé d'en suspendre l'usage, et, chaque fois qu'il y renonçait, il voyait les accès redoubler de longueur et d'intensité. M. Puel eut alors recours, pendant plusieurs mois, à l'usage de douches descendantes, à 25 ou 26 degrés, dirigées sur la tête, la colonne vertébrale et le creux de l'estomac. Ces douches, administrées dans la journée, eurent pour effet immédiat la production artificielle d'un accès de catalepsie, qui vint s'ajouter à celui ou à ceux du soir; mais ces accès, d'abord intenses, finirent par devenir moins violents et fort courts; en même temps ceux du soir perdaient de leur intensité. Dans les premiers jours, à l'accès de catalepsie succédait du délire, qui alternait avec la roideur cataleptique des membres; mais, au bout de peu de temps, M. Puel s'aperçut que ce délire survenait seulement lorsqu'il voulait faire cesser trop tôt l'état cataleptique; il se décida alors à laisser reposer la malade, dans l'état cataleptique, pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure après la douche; il diminua ensuite, petit à petit, la longueur de cet intervalle, et parvint ainsi à pouvoir éveiller la malade presque immédiatement après la douche, sans avoir à redouter le retour du délire. Ce traitement, continué avec persévérance, avait considérablement amélioré l'état de madame D..., mais, pour des raisons étrangères à l'état maladif, M. Puel fut encore obligé de l'interrompre. Il employa alors des compresses d'eau froide appliquées autour du cou, et renouvelées à peu près toutes les dix minutes pendant une heure. Il n'eut qu'à se louer de l'emploi de ce moyen simple et facile pour combattre la roideur musculaire. Dès l'application de la seconde compresse, on voyait les muscles des extrémités se relâcher, les autres muscles perdaient leur roideur cataleptique, jusqu'à ce qu'enfin le cou, qui était la partie la plus difficile à dégager, fût entièrement libre, ce qui arrivait au bout d'une heure environ. En venant tous les soirs à l'heure de l'accès, le médecin se contentait d'éveiller la malade, sans avoir à faire aucune friction sur les diverses parties du corps; la malade appliquait alors elle-même les compresses, et la roideur musculaire disparaissait ainsi successivement.

En résumé, en combinant ces divers moyens curatifs : frictions manuelles sur le trajet des muscles, belladone à l'intérieur, douches et compresses d'eau froide à l'extérieur, M. Puel est parvenu, d'abord à rompre la périodicité des accès, puis à diminuer leur

©BIUM

intensité et leur durée; enfin, après trois ans de traitement, il a eu la satisfaction de les voir cesser complétement et il croit pouvoir affirmer que madame D... est maintenant radicalement guérie de sa catalepsie.

Séance du 29 mars 1858. — Présidence de M. Baillarger.

La correspondance comprend :

Une lettre de remercîments de M. Dagonet, nommé récemment membre correspondant.

Une lettre de M. le docteur Auzouy, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Fains, qui demande le titre de membre correspondant. (Commissaires : MM. Trélat, Legrand du Saulle et Brierre de Boismont.)

M. Auzouy adresse, à l'appui de sa candidature, les brochures suivantes :

Aperçu médical et pittoresque sur les eaux minérales et les étuves de Cransac, 1854.

Du délire des affections ou de l'altération des sentiments affectifs dans les diverses formes de l'aliénation mentale (extrait des *Ann. méd.-psych.*, janvier 1858).

Effets de la foudre sur l'homme (*Gazette hebdomadaire*, janvier 1858).

Une note manuscrite sur le cancer du cerveau.

La Société recoit encore :

Les *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, janvier et février 1858.

Le *Rapport général des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat, pendant l'année* 1856-1857, par le docteur Bondaut.

Le *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille*, 1857.

M. Bourdin, au nom d'une commission composée de MM. Baillarger, Trélat et Bourdin, donne lecture d'un rapport sur la candidature de M. le docteur Fabre au titre de membre correspondant; le rapport conclut à l'admission.

On passe au scrutin ; M. le docteur Fabre ayant réuni l'unanimité des suffrages, est élu membre correspondant de la Société.

M. Brierre de Boismont donne lecture d'un rapport sur les trois mémoires que M. Castiglioni, membre correspondant, à Milan, a récemment adressés à la Société.

Les trois mémoires que M. le docteur Castiglioni nous a adressés

©BIUM

pourraient donner lieu à autant de rapports, parce qu'ils touchent à des questions d'actualité, mais nous avons pensé que deux de ces sujets vous étant bien connus, il convenait de s'occuper spécialement de celui qui contient des renseignements puisés dans la pratique de l'auteur.

L'amélioration du sort des gâteux, en effet, a été le but d'expériences intéressantes de plusieurs membres de la Société, et l'étude qui en a été faite à l'Académie et dans les *Annales médico-psychologiques*, devait naturellement être le point de départ de la réforme réalisée par le médecin milanais. C'est en mars 1854 qu'il s'est mis résolûment à la tâche. Au bout de quelques mois, le chiffre des gâteux, qui était de 13,13 pour 100, descendait, au bout d'un mois, à 6,38, et plus tard à 2,27 pour 100.

M. Castiglioni fait observer que, pour les gâteux volontaires, il a eu recours à l'intimidation et à l'abstention des aliments relâchants.

Tout médecin qui prend la direction d'un grand établissement dans un pays où les bons asiles sont rares, est dans l'obligation de visiter ceux qui sont considérés comme des modèles, surtout si son gouvernement veut en faire construire un nouveau. Aussi M. Castiglioni a-t-il parcouru la France, l'Angleterre et la Belgique. Nous regrettons qu'il n'ait pas vu, dans ce royaume, la colonie de Gheel, sur laquelle M. le docteur P. Y. Molist, médecin en chef de la division des aliénés à l'hôpital de Santa-Cruz (de Barcelone), a publié récemment une description que nous avons analysée dans le dernier numéro des *Annales d'hygiène* (janvier 1858). La colonie de Gheel a en effet soulevé une question qui préoccupe les médecins, et nous eussions désiré que M. Castiglioni donnât son avis sur le traitement à l'air libre, dont M. Parigot (de Bruxelles) s'est fait le promoteur. On lira avec intérêt ce qu'a écrit sur ce sujet le docteur John Webster, dans le numéro de janvier 1857 du journal du docteur Forbes Vinslow.

Le mémoire de M. Castiglioni, qui a le plus fixé notre attention, est le compte rendu du Manicome de la Senavra, parce qu'il traite de divers points qui ont été l'objet de remarques critiques de la part d'un des membres de la Société, et qu'il a rapport à des maladies que nous n'avons pas souvent l'occasion d'observer. Un de nos honorables collègues s'est étonné que, dans mes analyses des travaux étrangers, j'insistasse sur les chiffres, auxquels il n'accorde qu'une médiocre importance. Je ne saurais partager son opinion, car, lorsqu'ils émanent d'hommes consciencieux, ils jettent un grand jour sur le nombre des aliénés d'un pays, sur la nature des aliénations, sur la proportion des deux sexes, des

©BIUM

guérisons, des récidives, de la mortalité. Pour ma part, j'ai lu avec un véritable intérêt le compte rendu du docteur P. Y. Molist, parce qu'il est le premier que nous ayons reçu d'Espagne avec des renseignements précis, et qu'il nous apprend que c'est dans cette contrée qu'ont été élevés les premiers asiles consacrés aux aliénés. En 1409, dit le médecin de Barcelone, les guerres civiles, les bouleversements des familles, les pertes de fortune avaient multiplié, à Valence, le nombre des fous qui erraient dans les rues, à leur détriment et au péril de leurs compatriotes. Un religieux de l'ordre de la Merci, Fr. Jofre Gilaberto, touché de compassion, institua la confrérie des Innocents, qui ouvrit en 1425, dans cette ville, une maison pour les fous. Cet exemple fut suivi en 1436, à Séville, et en 1483, à Tolède. Il faut attribuer aux tristes gouvernements qui ont pesé sur l'Espagne l'état stationnaire de ces établissements, qui avaient un germe d'avenir, puisque le travail manuel avait été établi dans l'hospice de Sarragosse, bien longtemps avant qu'il en fût parlé en France et en Angleterre. L'auteur annonce que cet antique établissement va être reconstruit d'après les plans actuels.

Plusieurs d'entre nous connaissent le Manicomio *de la Senavra*, situé environ à 2 milles de Milan, au milieu de vastes prairies, coupées par une foule de petits canaux. Cette circonstance est éminemment propre à entretenir l'humidité, aussi n'est-il pas rare de voir les environs de la maison cachés sous un épais brouillard, et peut-être faut-il chercher une des origines de la fièvre pétéchiale endémique dans cette province, considérée par le médecin du lieu comme contagieuse, et contre laquelle on nous engagea à nous revêtir d'un vêtement de toile cirée, lorsque nous visitâmes la salle des fiévreux du grand hôpital de Milan. L'hôpital de la Senavra, à l'époque de mon passage, en 1830, présentait tous les inconvénients d'un couvent transformé en un asile d'aliénés; il était humide, froid, manquant d'un bon système de chauffage et impropre à sa destination. On l'aura sans doute amélioré, mais ses défauts sont bien connus de l'administration, puisqu'elle a décidé qu'il serait remplacé par un nouvel édifice en rapport avec les données actuelles. Lors de ma visite, il y avait 478 individus (245 hommes et 233 femmes).

Ce chiffre a augmenté depuis, car M. Castiglioni le porte à 519 pour l'année 1854, et à 529 pour 1855. L'établissement contient des pensionnaires partagés en trois classes, payant depuis environ 50 jusqu'à 30 sols par jour; ils sont au nombre de 17 et appartiennent presque tous à la troisième classe. La classification des

©BIUM

malades comprend trois formes principales, la manie, la mélancolie et la démence. Nous ne ferons que mentionner cette division, qui pourrait être attaquée.

Le premier point à noter dans ce mémoire est le petit nombre de paralysies générales. L'auteur, bien au courant des travaux sur cette matière, et qui a suivi les grands hôpitaux de Paris et de l'étranger, n'a constaté, sur 529 malades, que 9 paralytiques (8 hommes et 1 femme). Il fait remarquer que le fait n'en est pas moins exact, qu'il dépende de la nature des aliénés, des circonstances locales, des conditions individuelles. J'ajouterai que sur les 270 aliénés de l'hospice de Santa-Cruz, à Barcelone, M. P. Y. Moliste n'a trouvé, parmi les hommes, que 9 cas de démence avec paralysie générale, proportion plus considérable que celle de la Senavra, il est vrai, mais inférieure à celle d'autres établissements étrangers, puisqu'en effet, à Gand, elle s'est élevée à 13,2 pour 100 ; à Colney-Hatch, à 17,7 ; à Charenton, à 26, et à Hanwell, à 26,6. Si cette proportion se maintenait, elle viendrait à l'appui de l'opinion de ceux qui croient que, dans les pays chauds, la paralysie générale est moins fréquente que dans le Nord. La question a besoin d'être étudiée, surtout par rapport aux excès sensuels et intellectuels. La paralysie générale s'est montrée à l'auteur à diverses reprises sous le caractère ambitieux et avec la forme mélancolique.

Nous touchons à un autre point qui a été, de la part de M. Baillarger, l'objet de recherches intéressantes et critiques, je veux parler de la complication de la paralysie générale avec la pellagre. Déjà Verga avait protesté contre la thèse de notre confrère. M. Castiglioni, qui connaît bien le sujet de la discussion, n'a constaté qu'un seul cas de paralysie générale avec la pellagre, et il fait remarquer que M. Billod, dans les asiles de Rennes et de Saint-Gemme, sur 64 pellagreux qu'il a observés, n'en a noté que 3 avec cette complication. Sur les 519 aliénés de 1854, il y avait 110 pellagreux (70 hommes et 40 femmes), et sur les 529 de 1855, on comptait 116 pellagreux (69 hommes et 47 femmes). En 1830, le docteur Piantanida, médecin en chef de la Senavra, affirmait que le quart et souvent même le tiers des aliénés de l'asile l'étaient devenus par suite de cette grave affection. C'est la quantité qui m'a été indiquée dans tous les établissements que j'ai visités à cette époque. La proportion des pellagreux aliénés serait donc maintenant moins considérable qu'autrefois, à moins que le relevé n'ait été fait avec plus de soin, et ici la statistique a une importance réelle.

Relativement aux manifestations suicides, l'auteur a trouvé que, sur les 529 aliénés qui restaient au 31 décembre 1855, 80 avaient

©BIUM

fait des menaces ou des tentatives de suicide, ce qui donne 15,12 pour 100. Sur ce chiffre, 22 présentaient les complications de la pellagre. Cette dernière indication nous paraît bien préférable, pour la précision, aux affirmations des monographes, qui signalent la tendance au suicide comme un fait presque général.

J'arrive à un dernier sujet qui se rattache encore à la paralysie générale. Les médecins italiens, et M. Castiglioni en particulier, ont rangé les méningites lentes parmi les maladies accidentelles qui se développent dans le cours de l'aliénation mentale. De son côté, M. Baillarger, en retrouvant en Lombardie, sous cette dénomination, plusieurs cas de paralysie générale, a soupçonné que ces méningites lentes pourraient bien n'être que des paralysies générales. M. Castiglioni ne partage pas cette opinion ; il ne nie pas les faits observés par notre confrère, mais il fait remarquer que des méningites aiguës et lentes se manifestent chez les aliénés et qu'elles guérissent souvent, ce qui est un signe différentiel très caractéristique. Il reconnaît cependant que, chez beaucoup d'aliénés guéris de la méningite aiguë ou lente, il reste des traces de cette grave affection. Pour se prononcer sur ce sujet, le médecin de la Senavra attend la réalisation de la promesse faite par M. Baillarger dans les *Annales médico-psychologiques* (juillet, 1855, p. 553), de publier un travail sur le point en litige.

Nous devons dire qu'il manque à l'opinion du médecin italien le fait capital, la description de la maladie, et que c'est une lacune qu'il devra remplir pour qu'on ait les éléments de la question controversée.

Si cette analyse n'était pas déjà suffisamment longue, je ferais observer que, dans mon Mémoire sur la pellagre et la folie pellagreuse, j'ai constaté, dans quelques cas, le tremblement des membres inférieurs, la titubation, la faiblesse de la marche, la lenteur et la difficulté de la parole, une véritable paraplégie, mais que je n'ai pas trouvé réunis les signes pathognomoniques de la paralysie générale. Au résumé, je me tiens sur la réserve, parce que les faits me manquent et que les médecins italiens à la tête des asiles sont placés dans de bonnes conditions pour élucider la question.

M. Castiglioni a effleuré d'autres questions que je ne fais qu'énoncer, telles sont l'influence de la civilisation sur le développement de la folie, la prédominance des causes morales sur les causes physiques, et l'hérédité, qu'avec ses compatriotes Rinaldini, Zuffi, Valsuani et Fontana, il considère comme beaucoup plus restreinte dans son action que le supposait un grand nombre de praticiens. Selon lui, elle n'entrerait que pour un quatorzième dans les causes prédispo-

©BIUM

santes. Il s'étend davantage sur l'imitation contagieuse de la folie, et démontre par l'exemple des médecins, des employés, des préposés religieux ou laïques, qui donnent leurs soins continuels aux aliénés, sans être atteints par la folie, que le contact avec ces malades n'a pas les conséquences que quelques écrivains leur ont attribuées.

Sans nous prononcer sur cette opinion, nous ferons remarquer que les organisations nerveuses, impressionnables, mélancoliques, se trouvent mal de la vie quotidienne au milieu des fous.

L'examen auquel je viens de me livrer sur l'un des mémoires de M. Castiglioni prouve suffisamment quels résultats avantageux nous sommes en droit d'attendre des communications de nos correspondants, et je crois être l'interprète de la Société en lui proposant d'adresser des remercîments à l'auteur pour ses utiles travaux.

M. Brierre de Boismont propose d'adresser des remercîments à l'auteur pour ses utiles travaux. (*Adopté.*)

M. Loiseau prie la Société d'agréer l'hommage de la thèse inaugurale de M. le docteur Linas, ancien interne à la maison de Charenton, et présente une analyse sommaire de ce travail, intitulé : *Recherches cliniques sur les questions les plus controversées de la paralysie générale.*

M. Baillarger. Je demande à dire un mot sur l'opinion que m'a attribuée M. Linas relativement à l'inégalité des pupilles. Je regrette que M. Linas n'ait pas vérifié lui-même ce qu'il a pu entendre dire à ce sujet. Dans une observation de paralysie générale, j'ai signalé ce phénomène et j'ai ajouté : Ce n'est pas là un fait isolé, j'ai remarqué que cette inégalité des pupilles existe chez *beaucoup* de malades atteints de paralysie générale (1). M. Linas a traduit ce mot *beaucoup* par *presque constant.*

Quant à la paralysie des organes génitaux, même remarque. J'ai dit qu'on observait la *frigidité génésique* chez *quelques individus* (2). C'est cette pensée que M. Linas a traduit en disant que j'avais présenté la *frigidité génésique* comme un fait *très fréquent* de la paralysie générale. Évidemment M. Linas s'en est rapporté trop légèrement à ce qu'on a pu lui dire, et en recourant au texte, il se serait épargné des critiques qui ne reposent que sur des erreurs.

M. le secrétaire général fait remarquer que le travail de M. Linas vient de nouveau fixer l'attention de la Société sur une question dont la discussion aurait un grand intérêt. Cette discussion a failli s'engager il y a deux ou trois séances, à propos de la réclamation

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1850, p. 691.
(2) *Ibid.*, t. VIII, p. 434.

©BIUM

de M. Parchappe; plusieurs membres paraissent la désirer; le secrétaire général propose de la mettre à l'ordre du jour.

M. Parchappe appuie la proposition de M. Brierre de Boismont; l'analyse que vient de faire M. Loiseau pose elle-même les questions principales de l'histoire de la paralysie générale ; il y en a cependant d'importantes qui ont été négligées, notamment les rapports de la paralysie générale avec la pellagre. Il serait pourtant désirable, si l'on aborde un pareil sujet, de le fractionner et de l'examiner successivement sous chacune de ses faces; cela vaudrait mieux dans l'intérêt de la discussion. Ainsi il y en a une, par exemple, qui se présente naturellement à l'esprit, c'est la nature anatomo-pathologique de la maladie. La maladie doit-elle être regardée comme une espèce nosologique, ou n'est-ce qu'une complication ?

M. Baillarger. La question qu'on nous propose de mettre à l'ordre du jour est très importante; je crois, avec M. Parchappe, qu'il faudrait indiquer d'avance les questions pour que la discussion suivît une marche plus régulière. La première de ces questions devrait être, ce me semble, celle de la nature de la maladie. Les dénominations de *folie paralytique* et de *démence paralytique* posent elles-mêmes cette question ; ces deux dénominations indiquent en effet deux doctrines différentes. Il est à regretter de voir employer souvent comme synonymes les mots aliénation, délire, folie, etc. M. Moreau, par exemple, dit, dans son travail, que la folie et la paralysie générale sont irrévocablement liées ensemble. Or il est évident qu'il veut parler ici de la démence. Je n'ai jamais vu, quant à moi, de paralysie générale sans que l'intelligence fût plus ou moins affaiblie, mais je l'ai observée souvent sans folie.

M. Peisse. Cette classification des questions est extrêmement difficile, si ce n'est impossible. C'est la discussion elle-même qui pourra faire établir les distinctions qu'on voudrait fixer d'avance comme bases de la discussion. Je ne crois pas qu'il soit possible d'isoler toutes les questions. Il est plus simple de permettre à chacun de parler d'une maladie dont la physionomie générale est connue, selon ce que lui auront appris son expérience et ses études. Les questions qu'on se propose d'étudier dans un ordre déterminé se mêleront incessamment, et je doute qu'il puisse y avoir unanimité sur la classification.

M. Baillarger est d'avis qu'il faudrait, autant que possible, se renfermer dans des questions posées d'avance.

M. Delasiauve partage l'opinion de M. Baillarger ; il conviendrait, selon lui, de circonscrire la question; il faut établir d'abord la distinction qui existe entre la paralysie générale *vraie*, *idiopa-*

©BIUM

thique, et ce qu'on pourrait appeler les pseudo-paralysies générales symptomatiques, par exemple, d'une désorganisation locale, caillots hémorrhagiques, ramollissement de la parallèle, concernerait également la paralysie épileptique, celle de la progressive, etc. Du reste, cette limitation ne gêne nullement l'orateur dans ses ressources, car il lui est loisible de faire concourir à l'élucidation d'un point morbide toutes les parties de l'histoire d'une maladie, et de faire ses emprunts aux causes, aux symptômes, à la marche, au pronostic, au traitement, etc.

M. Parchappe. Je n'ai pas pensé qu'il fût utile de circonscrire la question, et je n'ai demandé rien de semblable. Je crois qu'elle doit être complétement traitée, et qu'il est désirable que nous l'examinions sous toutes ses faces, et c'est pour cela même qu'il est utile d'établir des divisions. La première question à poser me paraît être celle-ci : La paralysie générale constitue-t-elle une espèce distincte, ayant ses caractères propres, ou bien cette maladie n'a-t-elle que des caractères empruntés à des espèces nosologiques différentes. La pathologie tout entière de la paralysie générale nous ramène à la solution d'une question principale, celle qui domine l'histoire de la folie paralytique, c'est-à-dire, sa nature anatomo-pathologique. Ce point examiné, je ne crois pas que la discussion doive se terminer et qu'il faille se borner à l'examen de cette seule question. Mais je persiste, en un mot, à croire qu'il faut prendre quelques-uns des points principaux de la maladie, sauf à y joindre successivement les points accessoires. Les discussions précédentes, la dernière surtout, prouvent la nécessité de procéder avec méthode.

M. Fournet parle dans le même sens que MM. Parchappe et Baillarger; il exprime de plus le vœu que le secrétaire général résume à l'avenir, devant la Société, toute discussion importante.

M. Baillarger. Le vœu de M. Fournet est a peu près rempli par le compte rendu annuel des travaux de la Société que le secrétaire général doit présenter à la fin de chaque année. Quant à faire incomber au secrétaire général la tâche de résumer toutes les discussions importantes, il n'est pas possible d'y songer.

M. Cerise annonce qu'il fera prochainement ce compte rendu annuel, déjà fort arriéré, pour le temps de son secrétariat.

M. Baillarger propose de poser ainsi la première question : Des rapports de la paralysie générale et de la folie.

M. Delasiauve présente quelques observations relativement à la proposition de M. Baillarger. Elle implique une alternative à laquelle on peut se soustraire. Avant d'examiner si la paralysie générale est une folie ou une démence paralytique, il convient de se demander si

©BIUM

elle ne serait point autre chose. Là est depuis longtemps le premier point de la controverse. Puis la démence n'est-elle pas elle-même une forme de la folie? La question serait bien mieux posée ainsi : Qu'est-ce que la paralysie générale, ou y a-t-il affinité entre la paralysie générale et la folie?

M. Parchappe. Je serai très bref; il y a une chose qui me frappe dans cette discussion préliminaire, c'est la tendance, en posant la question, à lui donner la couleur d'une théorie et d'une opinion. Il faut procéder autrement; il faut prendre des questions capitales, les traiter successivement et ne pas permettre qu'on les discute en les posant. C'est ici une question de choses et non pas une question de nom; je ne tiendrais pas au nom si l'on m'accordait la chose. Il y a eu une époque où l'on pouvait se demander ce que c'était qu'une fluxion de poitrine; aujourd'hui cette maladie s'est décomposée en un certain nombre de questions : pleuro-pneumonie, pneumonie, pleurésie, etc. Je crois que cet exemple représente un peu la situation où nous sommes. Qu'est-ce que la paralysie générale; est-ce une espèce nosologique distincte; est-ce l'aliénation mentale avec un symptôme? etc. Je crois avoir posé la question dans des termes où elle peut être acceptée.

M. Fournet voudrait que la question fût ainsi posée : De la nature de la paralysie générale.

M. Baillarger. Les rapports de la paralysie générale avec la folie comprennent toutes ces questions. M. Parchappe dit qu'il importe peu que l'on dise folie ou démence; je pense au contraire que cela importe beaucoup. Quand Bayle faisait de la paralysie générale une espèce de folie, il se fondait sur sa nature anatomique; toutes les folies, pour lui, dépendaient d'une inflammation des méninges, et la méningite chronique avait naturellement sa place dans ce groupe. Or les conséquences sont faciles à déduire. On trace une histoire générale de la folie, et dans l'étiologie on fait entrer la congestion, qui, cependant, appartient en propre à la paralysie générale. S'agit-il de prouver que la folie laisse après elle des altérations spéciales, on invoque les adhérences des méninges, le ramollissement de la substance grise, l'induration de la substance blanche, et c'est ce qu'a fait M. Parchappe. Or ces altérations n'appartiennent pas à la folie, mais à la paralysie générale. Ainsi se trouve introduit, dans l'histoire générale de la folie, un élément d'erreur. C'est pour cela que je me suis, dans mes leçons, appliqué à séparer la paralysie générale de la folie, en faisant ressortir tous les caractères qui les séparent au point de vue des causes, des symptômes, de la marche, des terminaisons et des lésions anatomiques. Ce sont deux maladies

©BIUM

différentes et qui doivent occuper des places distinctes dans le cadre nosologique.

La Société, consultée par son président, met à son ordre du jour la question ainsi posée : De la nature et du siége de la paralysie générale.

La séance est levée à six heures.

Séance du 26 avril 1858.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

La correspondance comprend :

Une lettre de M. le docteur Bazin, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bordeaux, qui demande le titre de membre correspondant. (Commissaires : MM. Brierre de Boismont, Falret, Parchappe.)

M. Legrand, au nom d'une commission composée de MM. Brierre de Boismont, Trélat et Legrand du Saulle, donne lecture d'un rapport sur la candidature de M. le docteur Auzouy au titre de membre correspondant.

Messieurs,

Il y a trois mois, dans un de mes précédents rapports, je vous faisais remarquer avec un sentiment de légitime satisfaction, combien devenaient nombreuses les candidatures de la Société médico-psychologique. Depuis ce temps, les marques d'adhésion et de sympathie n'ont pas fait défaut à la compagnie, et à chacune de nos séances nous en avons enregistré de nouvelles. Aujourd'hui encore, je viens, au nom d'une commission dont MM. Brierre de Boismont et Trélat ont, avec moi, l'honneur de faire partie, vous énumérer les titres scientifiques et les services d'un confrère qui brigue vos suffrages.

Monsieur Théodore Auzouy a été reçu docteur en médecine à la Faculté de Paris, le 17 juin 1843. L'un des praticiens les plus distingués de Rodez, il a été nommé, par arrêté ministériel, en date du 27 février 1849, médecin inspecteur des eaux minérales de Cransac (Aveyron); et, presque aussitôt après sa fondation, la Société d'hydrologie médicale de Paris s'attachait ce confrère comme membre correspondant.

En 1854, M. le préfet de l'Aveyron confia à M. le docteur Auzouy des fonctions gratuites à l'asile d'aliénés de Rodez, celles de médecin auxiliaire.

Nommé, en 1855, médecin adjoint de l'asile de Maine-et-Loire, et, en 1856, médecin en chef de l'établissement de Fains (Meuse)

©BIUM

M. Auzouy, à partir de ce jour, a résolûment abandonné l'hydrologie pour se ranger sous la bannière aliéniste, et c'est comme nouvel adepte de la spécialité médico-psychologique que j'ai surtout à vous faire connaître le candidat.

Observateur soigneux, M. Auzouy a bientôt rencontré, dans le cercle de ses études presque improvisées, de nombreux sujets de méditation, et vous avez lu, dans l'avant-dernier numéro des *Annales*, un rapport médico-légal d'un grand intérêt. Il s'agissait, vous vous le rappelez, d'un individu inculpé de plusieurs vols qualifiés, qui, pour s'exonérer d'une lourde pénalité, se mit à simuler l'imbécillité. Le médecin en chef de l'asile de la Meuse ne fut pas la dupe d'une supercherie adroitement combinée, et la cour d'assises de Saint-Mihiel prononça contre le coupable la peine de vingt années de travaux forcés.

Au mois de janvier dernier, le même journal a publié, de cet auteur, un mémoire portant ce titre : *Du délire des affections ou de l'altération des sentiments affectifs dans les diverses formes de l'aliénation mentale.* Nous avons tous apprécié le mérite de ce travail, et nous avons salué dans ces premiers essais un collègue d'avenir. Il y a peu de temps, M. Auzouy, que recommandaient d'ancienne date une dissertation inaugurale d'une certaine valeur et une notice très estimée sur les eaux minérales de Cransac, a rapporté, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, une observation remarquable sur les *effets de la foudre sur l'homme.* Le malheureux foudroyé ressuscita littéralement entre les mains de notre confrère.

Enfin, Messieurs, dans la crainte que ces titres ne vous paraissent insuffisants, M. Auzouy vous a adressé, à l'appui de sa candidature, une véritable monographie du cancer du cerveau. Ce travail n'est pas absolument neuf, mais il renferme du moins trois observations suivies d'autopsies, qui m'ont paru, au point de vue anatomo-pathologique, mériter toute votre attention. Du reste, le temps m'a manqué pour vous présenter aujourd'hui l'analyse de ce consciencieux mémoire, et je vous demanderai la permission d'en faire ultérieurement l'objet d'un sérieux examen.

Le médecin de Fains invoque enfin, en sa faveur, son degré de parenté avec Alibert; il est le neveu du célèbre professeur de cette Faculté.

Votre Commission, Messieurs, est d'avis qu'il appartient à la Société médico-psychologique de prouver à M. le docteur Théodore Auzouy tout l'intérêt qu'elle prend aux louables efforts et au zèle

©BIUM

infatigable de ce savant médecin, et elle a l'honneur de vous proposer son élection comme membre correspondant.

Vingt membres ont signé la feuille de présence; M. Auzouy réunit dix-sept suffrages, et il est proclamé, en conséquence, membre correspondant de la Société.

Discussion sur la paralysie générale.

M. Parchappe. La Société médico-psychologique m'a fait l'honneur de m'autoriser à ouvrir la discussion à laquelle elle se propose de soumettre le sujet important de la paralysie générale des aliénés.

Il a été convenu, dans la précédente séance, qu'une première et fondamentale question serait tout d'abord examinée, celle de la nature de la maladie.

En revendiquant ici, il y a peu de temps, mon droit à la propriété d'une doctrine spéciale sur la nature de la folie paralytique, je crois avoir répondu d'avance à la question actuellement posée devant la Société.

Je me propose aujourd'hui de démontrer, à l'aide des développements indispensables, l'exactitude de la solution donnée par cette doctrine aux deux questions principales que soulève le problème de la nature de la paralysie générale des aliénés :

1° La paralysie générale des aliénés est-elle une espèce morbide distincte?

2° Quelle place lui assigner dans une classification nosologique?

1° *La paralysie générale des aliénés est-elle une espèce morbide distincte?*

L'espèce, en nosologie, s'appuie nécessairement, comme dans les autres sciences, sur les idées fondamentales de ressemblance et de dissemblance entre des individualités.

Pour qu'un état morbide puisse être considéré comme une espèce, il faut qu'il réalise par l'ensemble de ses caractères essentiels une sorte d'individualité susceptible d'être rapportée, à raison de sa ressemblance avec d'autres individualités, à un type commun qui représente l'espèce, et d'être, à raison de la dissemblance, séparée de toutes les autres individualités.

Les caractères comparables, qui fondent l'individualité et l'espèce, diffèrent considérablement d'une science à l'autre, et doivent être empruntés à la nature spéciale des objets de la spéculation scientifique.

©BIUM

Ainsi, en pathologie, ils doivent être cherchés dans la nature même de la maladie, c'est-à-dire dans ce qui constitue essentiellement, d'après nos connaissances acquises, toute maladie.

Or, la conception la plus exacte que nous puissions nous faire d'une maladie, c'est celle du développement, dans un organisme vivant, de phénomènes anormaux liés entre eux de manière à former un tout ayant un commencement et une fin, se produisant par une cause et tendant à un but.

Tout développement de ce genre offre à l'analyse les éléments essentiels suivants :

1° La cause ou les causes qui ont donné naissance au développement morbide ;

2° Les symptômes ou les manifestations de trouble fonctionnel qui expriment le développement morbide ;

3° Le siége de la maladie, déterminé soit physiologiquement d'après l'organe ou l'appareil qui doit être considéré comme le point de départ du trouble fonctionnel, soit anatomiquement d'après les altérations organiques constamment révélées par l'autopsie cadavérique ;

4° La nature anatomo-pathologique des altérations organiques constantes ;

5° La marche suivie par le développement morbide, en tant qu'elle se révèle par la succession et la connexion des symptômes et des altérations organiques, et par la terminaison de la maladie.

La question de savoir si la paralysie générale des aliénés constitue véritablement une espèce nosologique, est celle de savoir si les états morbides, qu'on désigne habituellement sous ce nom, représentent un développement morbide identique et susceptible d'être distingué de tout autre, à raison des causes, des symptômes, du siége, des altérations organiques et de la marche.

C'est ce que je vais successivement vérifier en m'appuyant sur les faits principaux et le mieux démontrés.

1° *Causes.* — La paralysie générale des aliénés est habituellement produite par un concours de causes déterminantes et prédisposantes, qui ne lui sont pas exclusives, mais qui par leur ensemble lui deviennent propres. Ainsi les causes déterminantes sont généralement au nombre de celles qui provoquent une surexcitation forte et prolongée du cerveau : les excès sensuels, notamment l'abus des boissons alcooliques, de la bonne chère, des plaisirs vénériens, et les excès intellectuels représentés surtout par les veilles prolongées et les préoccupations d'affaires, d'entreprises, de travaux.

Les prédispositions dans cette maladie ont encore un caractère

©BIUM

plus spécial : elle frappe beaucoup plus fréquemment les hommes que les femmes, et atteint de préférence, chez les uns et les autres, l'âge de trente à quarante-cinq ans.

2° *Symptômes.* — La paralysie générale des aliénés est symptomatiquement caractérisée, d'une manière toute spéciale, par une lésion apyrétique, simultanée et générale de l'intelligence, de la motilité volontaire et de la sensibilité.

De plus, dans cette maladie, la lésion de chacune de ces fonctions cérébrales offre des caractères particuliers.

L'intelligence est constamment altérée dès le début de la maladie. Le plus souvent l'altération a les caractères du délire, qui se manifeste ordinairement sous la forme maniaque et moins fréquemment sous la forme mélancolique.

La forme maniaque s'accompagne très fréquemment de la conscience d'une exagération chimérique dans les forces intellectuelles et physiques, et de conceptions délirantes relatives à la richesse et aux grandeurs.

Assez souvent le délire proprement dit manque et l'altération de l'intelligence consiste en un simple affaiblissement de la mémoire et du jugement, qui imprime à la maladie, dès l'origine, les caractères de la démence.

Au reste, l'affaiblissement des facultés intellectuelles se signale déjà, même à travers les manifestations délirantes du début ; et cet affaiblissement, qui devient de jour en jour plus prononcé, mesure en quelque sorte par ses progrès la marche croissante de la maladie, jusqu'au moment où l'effacement absolu du délire et l'abolition complète de toute intelligence en caractérisent la dernière phase.

L'altération de la motilité consiste dans un affaiblissement des mouvements volontaires, qui se traduit, dès l'origine de la maladie, par un tremblement des muscles de la bouche et de la langue, par un embarras plus ou moins prononcé dans la prononciation des mots, par l'hésitation dans la marche et le défaut de solidité dans la station.

L'altération de la motilité se prononce de plus en plus dans tous les muscles volontaires, et s'étend quelquefois jusqu'aux sphincters de la vessie et de l'anus.

Parvenue à son plus haut degré, elle condamne le malade au mutisme et à l'immobilité absolue.

L'altération de la sensibilité, à peine appréciable au début de la maladie, porte principalement sur la sensibilité tactile dont la diminution peut être constatée positivement, à une époque plus ou moins avancée, par les divers procédés connus.

©BIUM

En ce qui touche les sensations spéciales de la vue et de l'ouïe, elle ne consiste qu'en une sorte d'émoussement de leur acuïté.

Au reste, la diminution de la sensibilité générale, en tant que perception des sensations, suit, dans son développement, la diminution des autres facultés intellectuelles et ne s'éteint complétement qu'avec elles.

3° *Siége.* — La maladie, dans la paralysie générale, a pour siége la couche corticale des deux hémisphères cérébraux. L'anatomie pathologique fournit à ce sujet une preuve positive par la constance de l'existence, dans la couche corticale des deux hémisphères cérébraux, d'altérations caractéristiques d'un état inflammatoire, parmi lesquelles domine le ramollissement de la substance corticale ; et une preuve négative par l'absence, dans quelques cas, de toute autre altération et notamment de toute altération des méninges.

La preuve anatomique est confirmée par l'ensemble des considérations physiologiques qui conduisent à placer le siége des fonctions lésées, intelligence, mouvement volontaire et perception des sensations, dans la couche corticale cérébrale.

MM. Foville et Pinel-Grandchamp ont les premiers assigné pour siége précis à l'intelligence la couche corticale cérébrale, opinion qui a été admise par Lallemand et qui est aujourd'hui généralement accréditée.

J'ai le premier affirmé et entrepris de démontrer que la couche corticale cérébrale doit être et est en effet l'organe central de la motilité volontaire et de la sensibilité perçue.

La physiologie s'accorde donc avec l'anatomie pathologique dans la détermination du siége de la maladie désignée sous le nom de *paralysie générale des aliénés.*

Je crois devoir ici, en ce qui touche la preuve anatomo-pathologique, aller au-devant des objections et des contradictions qui ne manqueront pas de se reproduire dans le cours de la discussion.

Il est d'abord important de remarquer qu'une erreur de diagnostic pendant la vie n'est pas très difficile. Il y a des cas de manie avec volubilité de la parole et balbutiement, qui peuvent être confondus avec la folie paralytique, et devant lesquels les médecins les plus expérimentés peuvent hésiter avant de se prononcer. Il y a des cas de démence simple, parvenue au plus haut degré, avec mutisme et immobilité, et des cas de maladies diverses de l'encéphale avec affaiblissement ou abolition de l'intelligence, embarras de la parole, difficulté de la marche, impossibilité de la station, qui peuvent simuler la paralysie générale des aliénés. En pareil cas il faut s'abstenir de se prononcer, pendant la vie, sur l'existence de la folie

©BIUM

paralytique, si l'on veut éviter de se tromper et de compromettre la science par des faits qui ne sont qu'apparemment contradictoires.

Je me suis constamment conformé à cette règle dans mes recherches.

Dans tous les cas de folie paralytique vraie que j'ai eu à constater et où j'ai pu porter, pendant la vie, un diagnostic certain, et le nombre de ces cas s'est élevé à 322, j'ai, constamment et sans exception, constaté l'existence du ramollissement inflammatoire dans une étendue plus ou moins considérable des deux hémisphères cérébraux.

Plusieurs fois, si je m'en étais rapporté aux simples apparences et si je m'étais borné aux procédés d'examen le plus ordinairement employés, j'aurais pu méconnaître l'existence de l'altération caractéristique. Les méninges étaient saines ; elles se détachaient de la surface cérébrale sans donner lieu à cette décortication qui révèle habituellement, dès la première traction, l'état de ramollissement de la couche corticale. La surface cérébrale n'était pas altérée dans sa couleur ; sa consistance semblait même augmentée. Le cerveau coupé par tranches paraissait parfaitement sain ; mais un examen plus approfondi et le recours à un procédé mécanique plus efficace m'ont permis, dans ces cas, de constater positivement le ramollissement de la couche corticale dans sa partie moyenne. Le manche d'un scalpel, légèrement engagé dans la moitié de l'épaisseur de la couche, permettait, en soulevant doucement la portion externe de cette couche, de la détacher dans une étendue plus grande que celle où s'exerçait l'action de l'instrument, et d'obtenir par ce procédé la décortication que détermine si facilement, dans le plus grand nombre des cas, la simple traction exercée par les membranes.

L'efficacité de ce procédé pour démontrer la réalité de l'existence du ramollissement, se révèle aussi dans les cas ordinaires où la décortication se produit par la simple traction des membranes. C'est au niveau du bord libre des circonvolutions que ce résultat est obtenu. Mais ce serait une grande erreur que d'admettre dans ces cas l'existence du ramollissement seulement où la décortication se produit par la traction des membranes. Le ramollissement de la couche corticale existe tout aussi prononcé en beaucoup de points de la partie des circonvolutions qui correspond aux anfractuosités, et du bord libre des circonvolutions d'où les membranes se sont détachées sans déterminer la décortication. Dans tous ces points, c'est en soulevant à l'aide du manche du scalpel la portion externe de la couche corticale qu'on peut constater avec la plus entière évidence l'existence du ramollissement.

Je crois que les faits d'intégrité parfaite de la couche corticale

©BIUM

cérébrale dans la folie paralytique qui ont été invoqués, doivent être expliqués ou par l'erreur de diagnostic pendant la vie, ou par l'insuffisance des procédés d'exploration après la mort.

Quant à l'appel qui a été fait au microscope, comme au seul moyen de fixer la science sur la question du siége de la paralysie générale des aliénés, je crois pouvoir affirmer que, pour la solution de cette question, l'intervention du microscope n'est pas indispensable. Sans aucun doute, on peut attendre des observations microscopiques beaucoup de lumières et beaucoup de services. Je suis convaincu que le microscope confirmera, et il paraît qu'il a déjà confirmé, la nature inflammatoire des altérations de la couche corticale dans la paralysie générale des aliénés.

Mais il n'est pas, à mon avis, dans la destinée de l'anatomie microscopique de remplacer l'anatomie ordinaire. L'œil armé du microscope n'est pour moi que l'auxiliaire de l'anatomie qui se fait à l'œil nu et par le toucher ; et les observations microscopiques, pour obtenir une valeur scientifique, n'auront pas à renverser, mais à confirmer, en les éclairant toujours et en les modifiant quelquefois, les données fondamentales de l'anatomie pathologique.

4° *Nature des altérations.* — Toutes les données de l'anatomie pathologique s'accordent à affirmer la nature inflammatoire de la lésion caractéristique de la couche corticale cérébrale dans la paralysie générale des aliénés.

Cette lésion a pour caractères spéciaux, dans cette maladie, de s'étendre simultanément aux deux hémisphères cérébraux, et principalement aux lobes antérieurs et moyens, de s'associer presque constamment à des altérations inflammatoires des méninges, fréquemment au ramollissement inflammatoire de la substance grise des ganglions intracérébraux, du cervelet et de la moelle épinière, à une altération granuleuse des parois ventriculaires et à l'induration de la substance blanche cérébrale, et enfin très fréquemment à l'atrophie des circonvolutions.

5° *Marche.* — La marche du développement morbide dans la paralysie générale des aliénés a des caractères qui lui sont propres, en ce qui se rapporte à la succession et à la connexion des symptômes et des altérations organiques et à la terminaison de la maladie.

L'altération de l'intelligence est constante dès le début, au moins sous la forme d'affaiblissement de la mémoire et du jugement, et très fréquemment sous la forme du délire maniaque ou mélancolique. L'affaiblissement des facultés intellectuelles va toujours croissant jusqu'à leur abolition.

©BIUM

L'altération de la motilité n'apparaît très sensiblement qu'après l'altération de l'intelligence. Elle peut manquer absolument au début de la maladie, ainsi que l'atteste le doute dans lequel les aliénistes les plus expérimentés sont quelquefois forcés de se maintenir pendant plusieurs jours et même plusieurs semaines, sur la vraie nature de l'état morbide, à raison de l'absence de tout symptôme de paralysie.

Le plus souvent l'altération de la motilité se manifeste tout d'abord et principalement, sinon exclusivement dans la parole, et s'étend ensuite aux autres mouvements volontaires, notamment à ceux qui effectuent la marche et la station.

Il arrive quelquefois que la marche et la station sont déjà fort embarrassées quand la parole est à peine atteinte.

Il n'est pas rare que la paralysie incomplète se montre simultanément dans la parole, la station et la marche.

Quelquefois l'altération est plus prononcée d'un côté, de manière à simuler l'hémiplégie. Quelquefois le mouvement est altéré dans les iris, dont la contraction affaiblie ne se produit plus symétriquement des deux côtés.

Ce qui arrive toujours, c'est que l'altération du mouvement volontaire va toujours croissant en intensité et en étendue, à mesure que la maladie dure et s'aggrave.

L'altération de la sensibilité, à peine appréciable au début, suit, dans son développement, l'affaiblissement des facultés intellectuelles, et ne s'éteint absolument, d'une manière générale, que dans l'état accidentel de congestion survenu dans le cours de la maladie, ou dans l'état permanent de coma qui précède la mort, et d'une manière partielle dans un côté du corps, que quand le ramollissement inflammatoire a désorganisé toute l'épaisseur de la couche corticale dans plusieurs circonvolutions de l'hémisphère cérébral du côté opposé.

La marche propre à la paralysie générale des aliénés se caractérise encore par d'autres particularités symptomatiques.

En général, si ce n'est accidentellement dans l'état de congestion, la paralysie générale des aliénés ne s'accompagne pas d'un véritable mouvement fébrile, bien que mes recherches sur l'état du pouls chez les aliénés m'aient conduit à constater, en moyenne, un peu plus de fréquence dans le pouls des aliénés paralytiques.

Mais l'un des caractères symptomatiques les plus frappants de la maladie, c'est la part principale que prend, dans son développement, la congestion cérébrale.

Très fréquemment une congestion cérébrale signale le début de

©BIUM

la folie paralytique, et c'est ainsi que s'explique le nombre considérable d'aliénations mentales attribuées à l'apoplexie, dans les tableaux de causes rédigés à Bicêtre avant l'époque où la paralysie générale des aliénés a commencé à être bien connue.

La fréquence de la congestion cérébrale, plus ou moins prononcée au début de la folie paralytique, est pour moi un fait si bien établi, que souvent il m'est arrivé de prévoir la manifestation prochaine des phénomènes paralytiques dans des cas où l'invasion d'un trouble intellectuel, encore pur de toute complication paralytique et quelquefois même très léger, avait été précédé ou accompagné par la congestion cérébrale.

Habituellement la congestion cérébrale se reproduit plusieurs fois, à des intervalles variables, dans le cours de la maladie. Et chaque fois elle laisse le malade dans un état d'aggravation considérable de tous les symptômes.

C'est dans les cas où la congestion cérébrale ne se produit pas ou tarde longtemps à se reproduire, qu'on remarque ces rémissions vraiment extraordinaires, pendant lesquelles la disparition presque complète de tous les symptômes a plus d'une fois fait admettre la guérison. Il m'a été d'autant plus facile d'échapper, dans ma pratique, à cette illusion, que, même dans les cas où le retour à l'intégrité des fonctions paraissait le plus complet, j'ai constamment, à l'aide d'une observation attentive, retrouvé des traces, il est vrai souvent fort légères, de diminution dans la force intellectuelle et d'embarras dans la parole.

La succession des altérations dans l'organe qui est le siége de la maladie a aussi quelque chose de propre et de caractéristique dans la paralysie générale des aliénés.

Le travail inflammatoire qui s'établit, dès l'origine, dans la couche corticale des deux hémisphères cérébraux y détermine immédiatement l'altération pathologique désignée sous le nom de *ramollissement*.

Ce ramollissement, dans son développement, suit une marche constante.

Dans le plus grand nombre des cas et dans les premiers temps de la maladie, le ramollissement existe à la surface du bord libre des circonvolutions, et son existence est révélée par les flocons et les plaques mêmes de substance cérébrale ramollie qu'entraînent les membranes quand on les détache.

Mais, dès l'origine de la maladie, et cela d'une manière constante, le ramollissement se produit dans l'épaisseur de la couche corticale, principalement au niveau de sa partie moyenne, et c'est alors que

©BIUM

la traction des membranes, la pression du doigt ou l'introduction du manche du scalpel déterminent avec la plus grande facilité, dans une étendue plus ou moins considérable, la séparation de plaques de substance cérébrale dont l'épaisseur égale environ la moitié de celle de la couche corticale.

Par les progrès du mal, le ramollissement peut envahir toute l'épaisseur de la couche corticale, et c'est, dans ces cas, une décortication complète des circonvolutions que produit la pression du doigt.

Le ramollissement inflammatoire de la couche corticale se développe généralement d'avant en arrière, occupant d'abord les lobes antérieurs, principalement vers leur pointe et le long de leur face convexe, puis, par les lobes moyens, se propageant plus ou moins lentement aux lobes postérieurs.

C'est à une époque plus ou moins avancée du cours de la maladie que le ramollissement s'étend parfois à la substance grise des corps striés, des couches optiques et de la moelle épinière. L'extension du ramollissement inflammatoire à la couche corticale cérébelleuse n'est pas rare.

Le ramollissement de la couche corticale et les autres altérations soit de cette substance, soit des méninges, offrent dans une première période, qu'on pourrait appeler aiguë, tous les caractères assignés à l'état inflammatoire : coloration rose, lilas, même amaranthe de la couche corticale, hypérémie, injection pointillée, extravasation sanguine dans la couche corticale et les méninges, adhérences morbides de la pie-mère à la surface cérébrale, quelquefois décollement de la pie-mère et collection d'un liquide sanieux entre sa face interne et la couche corticale.

A une époque plus avancée de la maladie, si la mort n'a pas été causée par une congestion, on ne trouve plus d'hypérémie. La couche corticale ramollie a une couleur pâle, gris sale, jaunâtre. C'est alors qu'on rencontre surtout l'atrophie des circonvolutions et les collections séreuses des anfractuosités avec épaississement et opacité des méninges.

Il y a dans la paralysie générale des aliénés, entre les symptômes et les altérations organiques, une connexion qui mérite d'être profondément étudiée, et qui se révèle par ces quelques traits principaux.

Le trouble de l'intelligence, sous la forme de délire maniaque ou mélancolique, coïncide avec la période où les altérations de la couche corticale ne sont encore que superficielles ou peu étendues.

L'affaiblissement des facultés intellectuelles, aussi bien que la

©BIUM

paralysie du mouvement volontaire, se montre lié de la manière la plus étroite avec la profondeur et l'étendue du ramollissement de la couche corticale.

L'altération de la parole est généralement, pour son intensité, en rapport avec l'étendue et la profondeur de la lésion dans les lobes antérieurs.

J'ai constaté plusieurs fois, dans les cas où l'altération du mouvement était plus prononcée d'un côté du corps, de manière à simuler l'hémiplégie, une intensité plus grande du ramollissement de la couche corticale, dans l'hémisphère cérébral du côté opposé.

Enfin l'un des caractères les plus spéciaux et en même temps les plus fâcheux de la marche de la paralysie générale des aliénés, c'est qu'elle se termine constamment par la mort.

En émettant cette opinion, je ne veux pas décourager les autres plus que je ne me suis découragé moi-même. Je crois qu'il faut traiter la folie paralytique dans la première période, comme si elle pouvait guérir. Mais bien que je me sois conformé à cette règle, je n'ai pas été assez heureux pour obtenir évidemment et certainement une seule guérison.

La terminaison fatale de la paralysie générale des aliénés a ceci de particulier que quand la maladie elle-même cause la mort, elle la produit plus ou moins rapidement par la congestion cérébrale, ou l'entraîne plus ou moins lentement, par un état spécial de dépérissement, vers la fin duquel se manifestent fréquemment des eschares gangréneuses dans toutes les parties de la peau qui subissent une pression, tandis que la vie ne se traduit plus que par des phénomènes végétatifs, état que j'ai désigné sous le nom de *marasme cérébral.*

Conclusion. — Cette revue rapide des caractères propres qui appartiennent aux éléments essentiels du développement morbide dans la paralysie générale des aliénés, me paraît une démonstration sans replique de la nécessité de rapporter cette maladie à une espèce nosologique distincte.

N'est-ce pas en effet une espèce morbide distincte de toutes les autres, une maladie qui se produit sous l'influence de causes entraînant la surexcitation du cerveau, principalement chez l'homme et dans l'âge de la virilité ; dont les symptômes se résument en une lésion générale et simultanée de l'intelligence, du mouvement volontaire et de la sensibilité ; qui a pour siége la couche corticale des deux hémisphères cérébraux ; qui a pour caractère anatomo-pathologique constant un ramollissement inflammatoire de la couche corticale cérébrale dans les deux hémisphères ; qui, à

©BIUM

travers des congestions cérébrales plus ou moins répétées, entraînant de jour en jour un affaiblissement plus prononcé de l'intelligence, du mouvement volontaire et de la sensibilité, aboutit fatalement à la mort par la congestion ou par le marasme cérébral.

2° *Quelle place assigner à la paralysie générale des aliénés dans une classification nosologique?*

Nul n'est plus disposé que moi à reconnaître l'importance de la part qui doit être accordée à l'élément anatomo-pathologique dans la détermination des espèces morbides et dans leur classement nosologique.

C'est parce que j'étais bien convaincu de cette importance que, dès l'origine de mes recherches sur l'aliénation mentale, j'ai entrepris de ne pas laisser passer un seul cas de mort dans l'hôpital dont le service m'était confié, sans vérifier moi-même, par l'autopsie cadavérique, l'état de toutes les parties de l'encéphale.

C'est ainsi que j'ai été conduit à former une collection, que je crois unique, d'observations comprenant tous les cas d'aliénation mentale terminés par la mort, dans un hôpital où étaient reçus des malades des deux sexes, appartenant à toutes les classes de la société pendant une période de quatorze ans, et s'élevant au nombre total de 782, parmi lesquels 322 paralysies générales rigoureusement constatées pendant la vie.

Lorsque, dans le cours de mes recherches, j'eus, dès 1838, acquis la certitude que la paralysie générale des aliénés a pour caractère anatomo-pathologique constant le ramollissement inflammatoire de la couche corticale des deux hémisphères cérébraux, et en même temps la conviction que la maladie constitue une espèce nosologique distincte, j'éprouvai bien vivement la tentation de lui donner un nom spécifique emprunté au siége et à la nature de l'altération anatomo-pathologique qui lui est essentielle.

A cette époque, M. Bayle, de regrettable mémoire, avait rapporté la paralysie générale des aliénés à la méningite; M. Calmeil l'avait attribuée à une encéphalite dont il n'avait encore pu déterminer rigoureusement le siége précis et l'altération caractéristique, et que depuis, en 1841, il a cru devoir préciser sous le nom de *péri-encéphalo-méningite chronique diffuse.*

Si j'avais donné à la paralysie générale des aliénés le nom de *cérébrite corticale générale,* j'aurais consacré, par cette appellation, le principal résultat de mes recherches anatomo-pathologiques, et je l'aurais, immédiatement et sans possibilité de confusion, distingué des résultats obtenus par mes devanciers, et même des résultats

©BIUM

plus tard obtenus par d'autres, et notamment de ceux qui ont conduit M. Belhomme à désigner la maladie sous le nom de *méningo-cérébrite*.

J'ai résisté à la tentation, préférant à mon propre intérêt ce qui me paraissait être l'intérêt de la science, et j'ai donné à l'espèce morbide le nom de *folie paralytique*.

Voici les considérations qui m'ont déterminé à prendre ce parti.

D'une part je n'ai pas cru qu'il fût possible de rompre les liens étroits qui unissent cette maladie à la folie simple.

Les causes déterminantes et prédisposantes sont analogues.

La maladie débute fréquemment par un trouble intellectuel, exempt de toute complication paralytique, qui ne peut être rapporté qu'à la folie; et, pendant des jours et des semaines, le malade, qui sera peut-être atteint de paralysie générale, ne peut être, à aucun égard, considéré et traité que comme atteint de folie.

Les phénomènes paralytiques ne se développent quelquefois qu'après une longue durée de la folie simple. J'ai observé quelques cas d'invasion subite de la paralysie générale chez des malades depuis longtemps atteints de démence.

La maladie a le même siége que la folie, c'est-à-dire, la couche corticale des deux hémisphères cérébraux.

Bien que la folie simple ne soit pas caractérisée par une altération constante de la partie organique où elle siége, néanmoins les altérations qu'on rencontre souvent dans le cerveau des fous, et que quelques observateurs affirment même y avoir toujours rencontrées, ont la plus grande analogie avec les altérations qui se rencontrent dans la folie paralytique. Ce sont l'hypérémie et l'épaississement des méninges, l'hypérémie ou la décoloration de la couche corticale, l'induration de la substance blanche, l'atrophie des circonvolutions, les collections séreuses dans les anfractuosités des circonvolutions.

Et d'ailleurs il ne faut pas exagérer l'importance des altérations organiques appréciables. De ce qu'on ne trouve aucune altération constante de la couche corticale cérébrale dans la folie simple, rapportée, pour ce motif principal, aux névroses, et conçue comme une maladie purement dynamique, qui donc oserait conclure que le mouvement morbide peut se produire sans une mutation plastique dans l'organe dont la fonction est altérée? Mais la folie dynamique devient folie plastique dans le dernier degré de la démence, par l'atrophie des circonvolutions. Et pour moi la folie devient précisément plastique, de purement dynamique qu'elle paraissait être, dans les cas où, à la folie simple, succède la folie paralytique.

©BIUM

D'autre part il ne me paraît pas facile de faire entrer purement et simplement la paralysie générale des aliénés dans la classe des phlegmasies, dans le genre des phlegmasies de l'encéphale.

La maladie est apyrétique. Elle n'est pas marquée au début par les vomissements bilieux, si habituels dans la méningite, si fréquents dans l'encéphalite. Elle n'offre pas l'ensemble des symptômes aigus et fébriles, qui caractérisent les phlegmasies franches des méninges, de la substance cérébrale, blanche ou grise.

L'encéphalite vraie est habituellement partielle et n'occupe qu'un hémisphère; elle intéresse ordinairement les deux substances corticale et médullaire du cerveau ou du cervelet. Les phlegmasies de la couche corticale des deux hémisphères cérébraux, qui sont citées dans les traités sur l'encéphalite, sont, pour la plupart, évidemment des paralysies générales d'aliénés méconnues.

Dans l'encéphalite, la paralysie est ordinairement bornée à un côté du corps, et plus intense, dès le début, que dans la paralysie générale. Elle s'accompagne habituellement de contractures.

La marche de l'encéphalite vraie est rapide; elle ne dure qu'une ou quelques semaines. La paralysie générale des aliénés dure des mois et des années.

C'est l'ensemble de ces considérations qui m'a déterminé, en 1838, à ne pas rapporter la paralysie générale des aliénés purement et simplement aux phlegmasies du cerveau, et à ne pas la séparer trop profondément de la folie proprement dite, et qui me fait encore aujourd'hui persister dans cette détermination.

Le nom de folie paralytique, que je crus devoir dès lors imposer à l'espèce morbide, n'avait pas seulement, à mes yeux, l'avantage de maintenir le lien de la maladie avec la folie, et de la désigner par une appellation suffisamment caractéristique; il la rattachait en outre à la doctrine nosologique sur l'aliénation mentale, dont je fixai, vers la même époque, les bases, et que je dois ici rapidement esquisser, afin de préciser la place qui me paraît devoir être nosologiquement assignée à la folie paralytique.

Sous le nom commun d'aliénation mentale, *alienatio mentis*, on a réuni, à diverses époques, des états morbides très différents. La science et la législation s'accordent aujourd'hui, en France, à réserver ce nom à une classe de maladies ayant pour caractère commun le fait actuel d'un désordre morbide et non fébrile dans les manifestations intellectuelles et morales.

Les états anormaux de la raison humaine, auxquels appartient ce caractère et qui méritent d'être compris sous le nom d'aliénation mentale, se rattachent pathologiquement à des conditions diffé-

©BIUM

rentes qui motivent la distribution de ces états en groupes nosologiques susceptibles d'être rigoureusement définis et rapportés à des genres distincts.

Ainsi tantôt l'altération permanente et non fébrile de la raison a existé dès la naissance, tantôt elle s'est produite depuis la naissance, à une époque plus ou moins avancée de la vie.

Dans les cas où l'altération remonte jusqu'à la naissance, elle consiste essentiellement en un défaut de développement qui varie depuis la plus légère nuance de faiblesse intellectuelle jusqu'à la plus complète absence de la raison; elle est liée à un défaut primordial d'activité fonctionnelle, à un arrêt de développement ou à une maladie de l'encéphale se rapportant à la vie intra-utérine ou même aux premiers moments de la vie extra-utérine. Ces cas représentent plutôt une infirmité congénitale qu'une maladie proprement dite, et constituent nosologiquement un genre d'aliénation mentale très distinct, auquel convient le nom d'idiotie, qui lui est en effet le plus ordinairement appliqué.

Dans les cas où l'altération permanente et non fébrile de la raison s'est produite pendant le cours de la vie, à une époque plus ou moins éloignée de la naissance, elle consiste essentiellement en une perturbation accidentelle de la raison préalablement développée. Mais tantôt cette perturbation est étroitement liée à un développement morbide spécial dont elle constitue le symptôme essentiel, tantôt elle ne se rattache qu'accessoirement et comme effet consécutif à des développements morbides de diverse nature, dont elle ne constitue qu'un symptôme secondaire.

Dans le premier cas, l'altération de la raison consiste dans une succession de manifestations psychiques anormales, qui, après avoir revêtu, pendant un temps plus ou moins long, l'une ou l'autre des innombrables formes du délire, tendent à s'effacer pour faire place à un affaiblissement graduel de la raison qui peut aller jusqu'à son abolition complète; elle est liée, comme symptôme essentiel, à un développement morbide qui se distingue de tous les autres par ses causes, par sa marche, par son siége, par l'absence ou la présence d'altérations anatomo-pathologiques déterminées dans le cerveau. L'ensemble de ces caractères légitime la constitution nosologique d'un genre d'aliénation mentale, parfaitement distinct, auquel me paraît devoir être appliqué expressément le nom de folie.

Dans le second cas, l'altération de la raison consiste essentiellement en une simple diminution qui peut être poussée jusqu'à l'abolition ; elle est liée, comme effet consécutif et comme symptôme

©BIUM

secondaire, soit à diverses maladies, soit à la dégénérescence sénile, qui, dans le cours de leur développement propre et caractéristique, ont altéré la structure de l'appareil encéphalique et l'ont rendu impropre à ses fonctions d'organe de l'intelligence.

Les divers états morbides de ce groupe, qui appartiennent réellement à divers genres, et même à diverses classes de maladies, ne pourraient, au point de vue d'une classification générale, être rapportés à un genre nosologiquement défini, comme l'idiotie et la folie. Mais en tant que rapprochés, soit législativement, soit scientifiquement des autres états morbides désignés sous le nom commun d'aliénation mentale, ils doivent être réellement et expressément distingués de l'idiotie et de la folie. Le caractère qui les rapproche les uns des autres, tout en les éloignant de ces deux genres d'aliénation mentale, c'est la nature de l'altération qu'ils entraînent à leur suite. C'est d'après cette considération que j'ai cru devoir les réunir sous le nom commun d'imbécillité consécutive, qui leur convient parfaitement par sa signification, mais qui a l'inconvénient d'avoir été employé dans une autre acception et principalement comme synonyme d'idiotie.

C'est à ces trois genres : folie, idiotie et imbécillité, ou débilité intellectuelle consécutive, que me paraissent devoir être rattachées toutes les espèces et toutes les variétés morbides qui peuvent légitimement être admises dans la classe de l'aliénation mentale.

Je dépasserais mon but si j'entrais ici dans le développement complet des applications de cette doctrine nosologique.

Je me contenterai d'indiquer les espèces que j'ai cru devoir admettre dans le genre folie : 1° La folie simple, comprenant les nombreuses formes ou variétés qui ont été désignées sous les noms de *manie*, *mélancolie*, *démence*, etc. 2° La folie alcoolique ou convulsive, *delirium tremens*, suffisamment caractérisée comme espèce distincte par la nature de la cause spécifique qui la produit et par les symptômes de tremblement convulsif et d'illusions spéciales de l'imagination et des sens qui lui appartiennent en propre. 3° La folie paralytique, dont ce travail a eu pour but de fixer les caractères nosologiques. 4° La folie épileptique, qu'il suffit de dénommer pour la caractériser.

Et je terminerai en faisant remarquer que, quelle que soit la valeur des noms, et lors même qu'ils ne seraient pas destinés à prévaloir, les idées qu'ils représentent équivalent à des conceptions claires, impliquant des faits exacts et constants, et sont par conséquent propres à servir de base à une classification scientifique.

M. Ferrus demande la parole pour une observation.

©BIUM

M. Parchappe, dit-il, en discutant les opinions diverses sur les altérations encéphaliques dans la folie, a dit que quelques observateurs croient qu'il y a toujours quelqu'une de ces altérations, ce qui veut dire le plus souvent, selon toute probabilité. J'ai dit, quant à moi, que j'en avais trouvé, et j'ai voulu dire par là, sans aucune réticence, que toutes les fois que j'avais ouvert un crâne d'aliéné, je n'avais jamais trouvé le cerveau sain, en le comparant à celui d'un homme mort sans avoir présenté de trouble intellectuel; j'ai toujours rencontré alors de l'épaississement ou de l'adhérence des membranes, l'hypérémie, le ramollissement ou l'induration de la substance grise ou de la substance blanche. Je pourrais dire de même que je n'ai jamais trouvé dans l'état normal le poumon ou le cœur d'un homme qui a été longtemps asthmatique.

La science n'est pas assez avancée pour que l'on puisse affirmer, à l'égard du cerveau, que chaque altération correspond toujours à un même phénomène pathologique; mais il en est ainsi pour tous les appareils compliqués de l'économie, sans qu'on récuse à leur égard la légitimité des données fournies par l'anatomie pathologique. Le cerveau, à mon avis, ne doit pas être, sous ce rapport, placé dans des conditions exceptionnelles.

Je tenais à faire cette réserve relativement à l'opinion que j'ai constamment professée.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire particulier, CH. LOISEAU.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE.

The Change of Life in Health and Disease. A practical Treatise on the Nervous and other Affections incidental to Women at the Decline of Life, by Dr EDWARD JOHN TILT. London, 1857.

En 1850, M. le docteur Tilt publiait la première édition de son livre sur l'âge critique, considéré dans ses rapports avec la santé et la maladie. Dès cette époque, je lui avais promis d'en rendre compte dans les *Annales médico-psychologiques*. Au mois de juillet dernier, lors de la réunion de l'association générale des médecins, à Londres, il me remit un exemplaire de la deuxième édition de son livre; je pris le même engagement. Cependant ma bonne volonté s'est trouvée jusqu'alors paralysée par mes occupations. Mes excuses faites à l'auteur, j'entre en matière. Lorsqu'on met en parallèle les travaux modernes entrepris sur la menstruation avec ceux de nos prédécesseurs, il est impossible de ne pas être frappé du vague des remarques pratiques, comparé à la précision des documents actuels. Le sens de l'observation ne manquait pas plus aux anciens médecins qu'à ceux de notre temps, mais leur expérience était dans leur mémoire, tandis que nous l'analysons jour par jour dans le journal tenu par chacun de nous. L'excellent traité de M. Tilt est un spécimen de la méthode contemporaine. Parle-t-il des affections névralgiques du temps critique? Il passe en revue 497 cas, parmi lesquels la névralgie lombo-dorsale figure pour 226 et les souffrances hypogastriques pour 205. Ces douleurs existaient, dans le premier cas, avant cette époque, chez 70 femmes pour 100; elles se sont exaspérées dans la même proportion chez 46, à l'époque de la ménopause. Dans le second cas, elles avaient été constatées 51 fois sur 100 avant; elles ont redoublé d'intensité, chez 30, quand les phénomènes critiques ont fait leur apparition. Parmi les autres affections du temps critique, il faut aussi noter les douleurs menstruelles hypogastriques, la fréquence de celles des ovaires, les coliques sèches habituelles, la paraplégie, la sciatique, la surdité temporaire et d'autres désordres très bien décrits par l'auteur. La disposition aux maladies du système nerveux ganglionnaire est aussi très fréquente à cet âge, M. Tilt l'a constatée 406 fois sur 500 femmes.

©BIUM

Il nous est impossible de passer en revue tous les cas signalés par l'auteur, et nous le regrettons, car la description et la thérapeutique sont traitées avec beaucoup de soin. Mais les détails nous entraîneraient trop loin. Nous préférons nous étendre un peu plus sur les maladies cérébrales observées chez les 500 femmes; elles sont au nombre de 1261, et se manifestent principalement sous les formes suivantes : irritabilité nerveuse, 459; céphalalgie et migraine, 308; pseudo-narcotisme, 277; hystéricisme, 163; affections mentales, 22. — Le *pseudo-narcotisme* se manifeste à l'époque de la puberté par un air de stupidité, une inaptitude à s'acquitter d'une affaire quelconque, l'oubli du lieu désigné ou du chemin de retour à la maison; souvent ces malades laissent échapper les objets de leurs mains ou tombent en se baissant pour les ramasser. Ces symptômes sont surtout marqués pendant la menstruation. Cette forme extrême est assez rare. Le plus ordinairement, il y a tendance au sommeil, sensation pénible d'un poids dans la tête, d'un nuage ou d'une toile d'araignée qu'on voudrait enlever du cerveau, apathie pour le mouvement, diminution de la mémoire, des facultés intellectuelles. Cet état s'observe quelquefois dans les rapports conjugaux, et plus fréquemment dans la grossesse. A l'époque de la cessation, la perte temporaire de la mémoire est parfois un symptôme très pénible, il en est de même de l'assoupissement; plusieurs malades sont obligés de se tenir aux rampes pour ne pas tomber. Pomme, dans son traité des vapeurs, avait fait cette remarque : « L'hystérie est quelquefois accompagnée par une sorte de sommeil profond qui prive le malade de tout sentiment. » — Des auteurs respectables ont nié l'existence de l'hystérie au temps critique. L'auteur dit que sur les 500 femmes qui font le sujet de ses recherches, 146, qui avaient souffert avant la cessation plus ou moins du globe hystérique et des autres symptômes moins intenses de l'hystérie, continuaient à se plaindre, lors de la ménopause, de ces accidents; 17 avaient le globe hystérique, 4 des accès répétés de rires et de cris, et 3 éprouvaient des crises hystériques pour la première fois. L'aliénation mentale a été également observée par M. Tilt au temps critique. Les formes qu'il décrit sont celles qu'on trouve dans les ouvrages classiques; il en est cependant quelques-unes qui méritent une attention spéciale. Les impulsions irrésistibles et les perversions des instincts moraux, rejetées par les magistrats, quoiqu'il ne se passe pas d'année que nous ne soyons consulté par des malades qui nous disent : « La pensée du suicide nous presse de plus en plus, et nous voyons arriver le moment fatal sans pouvoir nous y dérober; » ces impulsions, disons-nous, ont été notées par l'auteur.

©BIUM

Il cite les exemples de 10 femmes appartenant aux classes élevées ou inférieures de la société, qui se plaignaient amèrement d'être souvent assaillies par l'idée du suicide ou du meurtre. M. Tilt remarque avec raison que la doctrine de l'irrésistibilité ayant été admise par des juges aussi éclairés que miséricordieux, dans des cas de folie puerpérale, il est tout aussi logique de l'admettre pour les époques critiques de la vie des femmes, telles que la puberté, la grossesse, l'allaitement, les périodes menstruelles et la ménopause. Deux arrêts rapportés dans l'ouvrage établissent qu'en 1845 et 1855 les cours de justice anglaises ont acquitté des femmes coupables d'infanticide, parce qu'il fut prouvé que la menstruation se faisait habituellement mal. Il suffit de pénétrer dans les asiles d'aliénés pour constater l'augmentation des désordres cérébraux aux époques des règles. Parmi les faits d'irrésistibilité, la fureur des boissons alcooliques a une grande importance; or, puisqu'il est incontestable que des femmes d'une conduite exemplaire peuvent, pendant la grossesse, à l'époque de la cessation, contracter un goût immodéré pour les liqueurs, le satisfaire, tout en déplorant ce funeste penchant, il n'est pas plus étonnant que les influences signalées les portent au suicide, au meurtre, au vol, etc. Les changements de caractère sont encore une des conséquences de la dernière révolution menstruelle. M. Tilt a vu des femmes économes devenir prodigues, tandis que d'autres, généreuses jusqu'alors, se transformaient en avares ou prétendaient qu'elles allaient mourir de faim. Les rapports de l'utérus avec les systèmes nerveux ganglionnaire et central devaient appeler l'attention de l'auteur sur les sympathies de ces organes; il l'a fait en termes convenables, et ses réflexions, comme celles d'autres médecins anglais, sont en faveur des doctrines soutenues par MM. Loiseau et Azam, sur les folies sympathiques.

Nous laissons à regret l'analyse du livre de M. Tilt, car nous n'avons fait qu'en effleurer un des chapitres; mais si l'esprit du journal ne nous permet pas d'en examiner toutes les parties, nous devons à la vérité de déclarer que, depuis les traités publiés en France sur la menstruation et les maladies qui s'y rattachent, c'est le plus complet que nous connaissions. Il contient beaucoup de recherches nouvelles, entre dans des détails utiles sur la thérapeutique, et mérite par sa précision, sa clarté et son sens pratique, le bon accueil qu'il a reçu en Angleterre, et qui a eu de l'écho dans notre pays.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

©BIUM

Du sommeil, des rêves et du somnambulisme dans l'état de santé et dans l'état de maladie, précédé d'une lettre du docteur CERISE, par le docteur M. MACARIO, médecin de l'Institut hydrothérapique de Sérin près Lyon, membre correspondant de la Société médico-psychologique, chevalier de Saint-Maurice et de Saint-Lazare, etc., etc. — 1 vol. in-8, chez Germer Baillière et chez Périsse, à Paris, 1857.

Le sommeil et le rêve sont des phénomènes dont l'histoire physiologique et pathologique présente de nombreuses obscurités qui ont jusqu'ici embarrassé tous ceux qui ont voulu les débrouiller. Mais ces obscurités ne sont rien en comparaicon de celles qu'offrent le somnambulisme naturel, et surtout le somnambulisme artificiel. M. Macario a tenté hardiment d'élucider ces questions si difficiles; il l'a fait avec chaleur et conviction, et en appelant à son aide une riche érudition. A-t-il atteint le but de ses efforts? C'est ce que nous n'oserions dire. L'analyse sommaire que nous allons donner de son ouvrage mettra nos lecteurs à même d'en juger.

L'ouvrage débute par une description du sommeil, état plein de charme, indispensable à certains intervalles pour la conservation de la vie et de la santé des hommes et des animaux, et dont M. Macario a bien apprécié les phénomènes et le caractère. Nous pensons avec lui que le sommeil n'est pas un état purement passif de l'intelligence, mais qu'il est au contraire un travail de réparation pendant lequel les fonctions animales seules sont en repos, tandis que les fonctions organiques acquièrent un haut degré d'activité. Tous les hommes n'ont pas un égal besoin de sommeil; certaines natures exceptionnelles peuvent se contenter de deux ou quatre heures, tandis que la plupart ont besoin de dormir bien plus longtemps.

Dans le sommeil, même le plus profond, l'exercice des facultés de l'âme n'est pas complétement suspendu, comme le prouvent les rêves, les phénomènes singuliers, constatés de tout temps, accompagnant constamment le sommeil; mais ils ne sont pas toujours sensibles. On ne les perçoit pas quand le sommeil est très profond; ils existent au contraire presque toujours lorsqu'on vient de s'endormir, et peu de temps avant le réveil. M. Macario divise les songes en trois classes distinctes, auxquelles il donne les noms de rêves *sensoriaux*, *affectifs* et *psychiques* ou *intellectuels*, lesquels peuvent se présenter à l'état physiologique et à l'état pathologique.

Les rêves *sensoriaux* sont ceux dans lesquels prédominent le

©BIUM

sensations. L'auteur les divise en intra-crâniens et extra-crâniens, distinction qui ne nous paraît pas suffisamment justifiée, car c'est l'encéphale seul qui transforme l'impression en sensation, ou qui donne celle-ci en l'absence du stimulus propre à chaque sens. Les rêves *affectifs* sont caractérisés par la prédominance des émotions et des sentiments. Leur point de départ, d'après l'auteur, est la sensibilité interne ou le système ganglionnaire; ils correspondent aux hallucinations viscérales ou internes. Les incubes et les succubes sont des rêves affectifs par excellence. M. Macario entre à cet égard dans des détails intéressants. Il donne le nom de *psychiques* aux rêves dans lesquels domine l'élément intellectuel, ou l'idée; leur source, d'après lui, est dans l'appareil psycho-cérébral. Les sens ne prennent part à ces rêves qu'accessoirement, et parfois même ils y restent complétement étrangers. Cela prouve que l'intervention des sens n'est pas toujours indispensable à l'âme humaine pour manifester sa puissance. C'est dans ces rêves que la mémoire acquiert une très grande puissance et que l'intelligence réalise parfois des travaux ou des découvertes qu'elle n'eût peut-être pas faits dans l'état de veille.

Les songes n'offrent pas seulement la reproduction variée d'objets réels ou la création fantastique de tableaux ou d'événements plus ou moins impossibles; ils peuvent aussi donner lieu à des phénomènes encore plus étranges. De ce nombre sont le sentiment sympathique, très exquis et très délicat, à l'aide duquel un ami peut voir tout éveillé ce que son ami a rêvé, lorsqu'il y a entre eux des rapports intellectuels très intimes. Ces hallucinations de rêves ont été aussi quelquefois l'annonce d'événements imprévus qui se sont réalisés. Les faits de ce genre, empruntés par M. Macario aux divers auteurs, sont assez nombreux, mais leur authenticité laisse nécessairement toujours à désirer; ils sont d'ailleurs comme le premier degré de faits bien plus surprenants, attribués au somnambulisme naturel ou artificiel, sur lesquels s'est longuement étendu notre auteur.

Signalons en passant le chapitre consacré aux rêves *pathologiques*. C'est un sujet presque neuf, sur lequel M. Macario a fourni quelques données intéressantes. Il divise ces rêves en *prodromiques*, c'est-à-dire précurseurs d'un état morbide non encore développé, et en *symptomatiques* de maladies caractérisées. C'est surtout dans les diverses formes de la folie, particulièrement dans la manie, que l'observation des rêves peut fournir des indications précieuses. Sous le titre de *rêves morbides essentiels*, M. Macario s'occupe assez longuement du cauchemar, dont il décrit les causes, la symptomatologie et le traitement.

Nous arrivons à la troisième partie de l'ouvrage, celle qui, dans

©BIUM

la pensée intime de l'auteur, doit, si je ne me trompe, en constituer la partie fondamentale. Il s'agit du somnambulisme naturel et artificiel.

Les phénomènes du *somnambulisme naturel* sont connus depuis longtemps ; ils consistent, on le sait, dans un sommeil dans lequel le système locomoteur et tous les autres organes peuvent entrer en action sous l'influence d'un rêve. Les somnambules peuvent exécuter, durant leurs accès, les actions les plus variées, sans en conserver le souvenir au réveil ; ils peuvent causer, discuter, lire, écrire, se livrer à des travaux intellectuels, manger, boire, monter à cheval, enfin se livrer à leurs affaires, comme s'ils étaient parfaitement éveillés. Quoique fort extraordinaires, ces faits sont d'une authenticité irrécusable, et on le conçoit, car, après tout, ils ne sont autre chose qu'un rêve mis en action. Mais l'obscurité commence avec le *somnambulisme lucide*, c'est-à-dire avec cet état dans lequel un sujet peut indiquer ce qui se passe dans des lieux éloignés, prévoir l'avenir, lire sans les yeux, etc. Je sais qu'il existe des faits de ce genre généralement admis, et dont l'authenticité est appuyée sur les témoignages les plus honorables ; mais je pense aussi qu'il faut rabattre un peu du merveilleux de ces récits, toujours amplifiés par l'admiration des spectateurs. Quoi qu'il en soit, M. Macario, tenant ces faits pour bien et dûment démontrés, est conduit tout naturellement à admettre de la même manière les merveilles du somnambulisme artificiel. Chose étonnante, M. Macario n'a vu aucun de ces faits par lui-même, il déclare rester dans le doute, et cependant il s'étend sur eux avec une complaisance et une longueur de détails qui prouvent qu'il y croit beaucoup plus qu'il ne le dit. Avec la meilleure volonté du monde, est-il possible de croire, avec M. Gromier, cité par M. Macario, que le magnétiseur peut transmettre au somnambule sa pensée tout entière, le faire agir comme un automate, abolir ou surexciter sa sensibilité, commander des actes de sécrétion ou d'excrétion, suspendre les battements du cœur ou les mouvements de la respiration, et *causer la mort du sujet?*... Convenez, M. Macario, qu'il faut une foi bien robuste pour admettre toutes ces choses-là, surtout quand on ne les a pas vues.

Il y aurait beaucoup à dire sur le pouvoir attribué aux somnambules magnétiques, de lire dans la pensée d'autrui comme dans un livre, de voir à travers les corps opaques et à des distances illimitées, de prévoir l'avenir, etc.; mais tout cela encore ne serait rien, en comparaison de cet horrible pouvoir exercé par les magnétiseurs, sous lequel la volonté du somnambule est subjuguée et anéantie, où il n'est plus libre, et par conséquent n'a ni responsa-

©BIUM

bilité, ni moralité, et où sa personnalité est effacée : état plein de périls et de dangers pour le somnambule, qui est *livré sans défense à la puissance du tyran qui l'opprime.*

Je me suis étendu plus que je n'en avais l'intention sur l'analyse proprement dite du livre de M. Macario; il ne me reste que quelques lignes pour la partie critique. Désireux d'expliquer les phénomènes extraordinaires du somnambulisme lucide, l'auteur s'est fait une théorie que voici résumée en peu de mots : L'âme est immortelle; si on la suppose dégagée de la matière, il est évident qu'elle doit saisir, dans leurs moindres détails, tous les mystères de la création. Certaines substances, quelques maladies ou certaines pratiques (magnétisme) peuvent rompre ou briser, pour ainsi dire, les entraves qui rattachent l'âme à l'organisme; elle prend un essor inaccoutumé et tend à revendiquer en partie ses attributs immortels, qu'elle ne recouvre en entier qu'après la mort du corps,.... Mais toujours est-il que, dans un état pareil, il est permis de supposer qu'elle peut entrevoir une partie des mystères de l'univers et y lire les décrets de Dieu.

A côté d'une théorie si fort métaphysique, on est étonné de lire, à propos des rêves les plus extraordinaires : « Ce phénomène est dû sans doute à un ébranlement particulier des fibres du cerveau, qui se fait spontanément et pour ainsi dire machinalement, à des intervalles irréguliers, sans règles ni lois appréciables, dans un état particulier du système nerveux. »

Je regrette que le défaut d'espace m'empêche de rien dire de la nouvelle théorie des facultés de l'âme, exposée par l'auteur. Je dirai seulement qu'il distingue trois forces dans l'âme humaine, à savoir : la sensibilité, la raison et l'intelligence. Il démontre que, par la sensibilité, l'homme apprend les sensibles, c'est-à-dire les qualités et les effets; que par la raison, il aperçoit les inintelligibles, c'est-à-dire l'être, les substances, les causes et les rapports; que par la surintelligence, enfin, il croit aux essences. Cette dernière faculté a été découverte par Gioberti.

Il signale ensuite les modifications qu'éprouve chaque faculté de l'âme dans le sommeil, et c'est par une telle étude qu'il prouve que l'esprit est passif dans les rêves. Ce sont là des chapitres profondément réfléchis. Quant à l'ouvrage dans son ensemble, nous devons dire que, tout en ne partageant pas complétement les convictions de l'auteur, nous l'avons lu avec grand plaisir. Il en sera de même pour tous ceux qui suivront notre exemple.

L. SAUREL.
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

©BIUM

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la doctrine des esprits surnaturels et du merveilleux en philosophie et en médecine, par M. le docteur Parigot, du comité d'inspection des établissements d'aliénés en Belgique. Brochure. Bruxelles, 1857.

Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille. Un vol. in-8 de 215 pages, 1857.

Anatomie comparée du système nerveux considéré dans ses rapports avec l'intelligence, par Fr. Leuret, médecin de l'hospice de Bicêtre, et P. Gratiolet, aide-naturaliste au muséum d'histoire naturelle. Paris, 1839-1857, 2 forts volumes in-8 et atlas de 32 pl. in-fol., dessinées d'après nature et gravées avec le plus grand soin ; figures noires et figures coloriées. — L'ouvrage est complet.

Analyse de l'entendement humain. Quelles sont ses facultés? Quel en est le nom? Quel en est le nombre? Quel en doit être l'emploi? par M. le docteur F. Voisin. Un beau vol. grand in-8 de 425 pages.

De l'influence du moral sur le physique, par M. le docteur Foissac. Broch. in-8 de 64 pages, 1857.

De la marche de la folie, par M. le docteur Valéry Combes, ancien interne de l'asile public d'aliénés de Maine-et-Loire. Thèse inaugurale.

Médecine mentale. Première étude. De l'isolement, par M. le docteur Berthier, médecin des asiles d'aliénés de Bourg, membre correspondant de la Société médico-psychologique. Broch. in-8 de 36 pages.

Recherches cliniques sur les questions les plus controversées de la paralysie générale, par le docteur Linas, ancien interne de la maison impériale de Charenton. Paris, 1858, 2e édit., à la librairie Victor Masson.

©BIUM

Répertoire d'observations inédites.

Lypémanie démoniaque. — Insomnie. — Marasme.—Alimentation forcée. —Guérison rapide.—Question d'hérédité.

X..., prêtre, est un homme de taille moyenne, d'un tempérament nerveux. D'une sobriété remarquable par suite d'habitudes religieuses et de pratiques austères, il travaillait souvent la théologie avec une ardeur peut-être exaltée, et des veilles nombreuses, jointes à une nourriture ordinairement insuffisante, ont affaibli sa constitution. Il a cinquante-cinq ans et paraît être sous l'influence héréditaire, car un de ses frères est mort aliéné à Maréville, à l'âge de vingt-trois ans.

Quoi qu'il en soit, X... était estimé de ses supérieurs, aimé dans sa paroisse, et jamais n'avait offert le moindre signe d'aliénation mentale, à part un certain mysticisme. Ses connaissances en matière religieuse le faisaient rechercher de ses confrères, et c'est dans une réunion avec eux, à la fin de mars 1857, qu'il porta le défi d'essayer le pouvoir de Satan, en disant ne lui être soumis en rien.

Rentré le soir chez lui, la solitude, l'inquiétude, l'attente, la frayeur, l'insomnie portèrent les premiers troubles dans son intelligence, et, dès le lendemain, notre malade se condamna à l'austérité la plus ascétique ; il refusa la nourriture, son caractère devint sombre, ses nuits se passèrent sans sommeil, et, par suite, l'état physique empirait. Il se crut au pouvoir du diable, se vit entouré d'assassins armés par son ennemi, et crut au poison dans les mets qu'on préparait. On essaya chez lui un traitement antiphlogistique qui fut certainement nuisible et enfin on l'amène à l'asile de Maréville, le 13 avril 1857, dans le service de M. Mérier, médecin en chef.

A son entrée dans l'asile, X... porte sur sa figure l'expression d'une profonde stupeur, et, sur son visage amaigri par l'abstinence presque complète des derniers jours, est gravé, pour ainsi dire, le diagnostic de la lypémanie : front plissé, sourcils rabattus, yeux caves et cernés, lèvres blafardes, pommettes saillantes, maigreur extrême, haleine fétide, état physique des plus déplorables. Ce malade se croit possédé du démon et marmotte sans cesse des paroles inintelligibles ; il craint d'être empoisonné ; ses parents sont des agents de l'esprit malin chargés de le faire mourir.

Le 14, après de vives sollicitations, X... accepte un peu de nourriture, mais les conceptions délirantes se manifestent avec la même intensité.

Le 15, il refuse absolument de manger en disant qu'il est damné, qu'il veut *mourir pour finir plutôt la pénitence*. Le teint est pâle, les yeux baissés, caves, voilés par l'orbite, la langue fortement enduite, l'haleine fétide ; le malade est dans un marasme tel qu'il y a lieu de craindre pour ses jours ; l'insomnie persiste.

Le 16, nous avons recours à la douche, puis à la sonde œsophagienne, et enfin à la *bouche* pour le forcer à prendre du bouillon et un peu de vin généreux ; après deux jours des mêmes manœuvres, X... qui prétend qu'on le torture, qu'on

©BIUM

veut sa mort, qui demande à Dieu d'être délivré de ses maux, ne consent enfin à prendre lui-même sa nourriture que pour éviter la contrainte dont on le menace.

Le 20, ce malade est presque physiquement méconnaissable, la figure se colore et reprend un peu d'embonpoint. Sous l'influence d'une nourriture substantielle, d'un régime tonique, le sommeil a reparu, l'état physique s'amende et l'état mental s'est déjà amélioré. X..., en effet, commence à prêter attention aux questions qu'on lui pose; ses réponses, souvent justes, prouvent déjà que la raison se dégage et que l'intelligence reparaît. Il a complétement renoncé à ses terreurs chimériques et cependant il n'a pas entière confiance, il cède encore à la crainte des punitions, en un mot, il n'a pas de spontanéité. Il demande, pour faire tout ce qu'on ordonne, l'autorisation de son évêque.

Le 22, celui-ci envoie à son prêtre une lettre toute paternelle qui achève de rassurer cette conscience encore inquiète et qui ne contribue pas peu au complet rétablissement de la raison de ce malade.

Du 25 avril au 13 mai 1857, X... jouit de la plénitude de ses facultés intellectuelles, il a conscience de son état antérieur, il déplore ses erreurs et accepte avec reconnaissance les soins qu'on lui prodigue. Il voit souvent l'aumônier de l'asile qu'il repoussait autrefois. Les conceptions maladives ne se manifestent plus, il n'y a plus le moindre symptôme de l'affection mentale. Ce malade est jugé tellement amélioré, sinon guéri, qu'il est rendu à sa famille, à sa paroisse le 13 mai 1857, un mois après son entrée dans l'asile.

Que conclure de cette observation déjà remarquable au triple point de vue de l'invasion brusque du mal, de la marche excessivement rapide de l'affection mentale et de la transition presque subite d'un état alarmant à une guérison franche? — Que l'aliénation mentale a été causée ici à la fois par la frayeur, dans l'ordre moral, et par l'affaiblissement constitutionnel, dans l'ordre physique; que ces deux causes, par une corrélation fréquente en psychologie, ont jeté dans l'organisme, et simultanément, une perturbation profonde; que dans les passions dépressives, le dépérissement du corps et l'affection psychique, l'un aidant l'autre, s'aggravent; que, dans bien des cas, si l'on parvient à arrêter le premier par une alimentation choisie, on peut modifier avantageusement la seconde. Je crois que chez X... l'amélioration mentale a succédé à l'amendement physique et que ces deux phénomènes ont succédé en partie au retour du sommeil : car, non-seulement l'insomnie est un des symptômes primordiaux de la folie, mais elle en provoque souvent la manifestation et aggrave toujours, si elle persiste, l'aliénation mentale. Circonstance remarquée déjà et dont M. le docteur Renaudin a pu dire avec vérité dans ses *Observations sur l'influence pathogénique de l'insomnie* : « En général, » quand une cause morale a été le » point de départ de l'aliénation men» tale, il est rare que l'insomnie n'ait » pas joué un rôle important dans la » pathogénie de l'affection qui, pré» parée par l'élément psychique, ne » s'est définitivement organisée que » quand l'élément somatique a été de » la partie par suite de la perturba» tion fonctionnelle résultat de l'in» somnie. » (*Annales méd.-psych.* 1857.)

Ce malade doit-il être considéré comme radicalement guéri? A cause de la prédisposition héréditaire une réponse négative semblerait la vraie, et si l'on considère les rechutes si fréquentes dans la folie, on serait encore plus tenté de ne le regarder que comme amélioré. Et cependant qu'on

©BIUM

me permette ici une courte observation : parmi les ascendants de X... on n'a pas rencontré d'aliénés ; un frère de ce malade, plus âgé que lui, est un professeur distingué au caractère égal, au jugement droit ; un autre frère est mort aliéné, c'est vrai, et cela suffit généralement pour établir la prédisposition héréditaire.

Mais X... qui est parvenu à l'âge de cinquante-cinq ans sans avoir jamais donné le moindre signe de vésanie, atteint subitement de lypémanie, complétement rétabli dans un mois et qui, depuis près d'une année, n'a pas failli, ne doit pas, je crois, être sous l'imminence d'un pronostic aussi grave que celui de l'incurabilité par cause héréditaire. L'aliénation mentale de son frère ne suffit pas au cas particulier, selon moi, pour imposer à la lypémanie démoniaque de X... le cachet de l'hérédité : c'est une coïncidence qui est toujours fâcheuse, en ce sens qu'elle rend quelquefois l'aliéniste plus sévère dans ses appréciations.

JULES BAILLY,
Interne à Maréville.

©BIUM

VARIÉTÉS.

— *Inauguration du monument élevé par sa famille à la mémoire du docteur Follet, premier directeur, médecin de l'asile Saint-Athanase.*— Le lundi 7 juin dernier, une touchante solennité réunissait dans un même sentiment tout le personnel de l'asile Saint-Athanase auquel s'étaient joints M. le préfet du Finistère, les membres de la Commission de surveillance, et ceux de la famille du docteur Follet. Ce jour avait été choisi pour l'inauguration du monument élevé par sa veuve à la mémoire de l'homme qui lui laissera d'inconsolables regrets.

Après une messe dite par monseigneur Sauveur, protonotaire apostolique et président de la Commission, l'assistance s'est rendue sur le lieu concédé par le département pour l'érection du buste, dû à l'habile ciseau de M. Ménard (de Nantes), qui a su reproduire avec un rare talent la vivante physionomie du modèle. Du milieu de ce cortège de parents, d'amis et de collaborateurs dévoués, M. le préfet s'est avancé et a improvisé une courte et chaleureuse allocution : se faisant l'interprète des regrets universels inspirés par la perte prématurée du fondateur de l'asile, il a signalé les hautes qualités qui distinguaient M. Follet comme homme et comme administrateur. Il a rappelé la sûreté de son commerce, la douceur et la facilité de ses relations dont témoignent aujourd'hui tant et de si solides amitiés. M. le baron Richard a montré ensuite l'administrateur, tout plein de sa pensée, luttant avec courage contre les obstacles et les retards, sans l'abandonner jamais ; il a rendu surtout un hommage éclatant au dévouement énergique et à l'inaltérable probité qui, après avoir été la règle de sa vie, demeurent l'honneur de sa mémoire. Ces paroles ont vivement impressionné l'assemblée, et M. de Carré a demandé, au nom de la Commission de surveillance, à M. le préfet, l'autorisation d'en consigner la substance au registre de ses délibérations.

M. Billou, économe de l'asile, a voulu au nom des employés de l'établissement, payer un dernier hommage à l'homme qui avait été si longtemps leur guide et leur ami.

Le docteur Baume, digne successeur et gendre du docteur Follet, a remercié l'assistance de cet hommage rendu à la mémoire du fondateur de l'asile Saint-Athanase.

Après ces allocutions écoutées avec un profond recueillement, parce qu'elles étaient l'expression des sentiments éprouvés par tous, les malades et les employés de l'asile, sous l'habile direction de M. Lack, organiste, ont chanté des couplets composés par M. l'abbé Tabourdet, aumônier de l'asile, dans lesquels sont exprimés d'une manière touchante les regrets si profonds qu'a laissés après lui le docteur Follet.

Cas de folie, suicide et homicide. — Un habitant de la commune de Pitres, nommé Lecœur et ouvrier aux fonderies de Romilly, était, il y

©BIUM

a quelques jours, à son ouvrage, lorsqu'on vint lui annoncer que sa femme et ses enfants avaient disparu de son domicile. Des voisins avaient vu la femme Lecœur se diriger vers la rivière d'Andelle avec ses deux garçons, âgés l'un de cinq ans et l'autre de dix mois. Elle tenait l'aîné par la main et portait le plus jeune sur son bras. Depuis ce moment, on ne l'avait plus revue.

Il paraît que cette femme avait manifesté, à diverses reprises, l'intention de se suicider. Mais son mari se refusait d'admettre l'idée qu'elle eût enveloppé ses enfants dans l'exécution de son funeste projet. Bientôt pourtant le doute ne fut plus possible : après plusieurs jours de recherches inutiles on retrouvait dans la rivière d'Andelle le cadavre de l'aîné des deux enfants.

Le lendemain, des habitants de Pîtres, qui fouillaient la rivière en tous sens, trouvaient le corps de la femme Lecœur, le bras gauche serré contre sa poitrine, comme si elle y retenait encore son plus jeune enfant, qui n'a pu être retrouvé.

Aucune cause sérieuse, dit le *Courrier de l'Eure*, ne peut expliquer ce suicide d'une mère tuant ses deux enfants avec elle. Les époux Lecœur vivaient en bonne intelligence ; leur travail suffisait à les mettre à l'abri du besoin. On ne peut attribuer cette résolution affreuse qu'à une aberration d'esprit. La femme Lecœur était, depuis son enfance, tourmentée de la manie du suicide.

— *Quartier spécial de l'asile de Varsovie destiné aux individus chez lesquels on craint le développement de la rage.* — A Varsovie, l'asile des aliénés reçoit chaque année un certain nombre d'individus qui ont été mordus par des chiens soupçonnés d'hydrophobie. En juillet et août, le nombre de ces individus envoyés par l'autorité et chez lesquels on craint le développement de la rage s'élève quelquefois jusqu'à vingt. Ils sont placés en cellule et observés pendant quarante jours ; s'ils n'ont offert aucun symptôme alarmant, ils peuvent alors sortir avec un certificat du médecin. Il y a un quartier à part pour cette destination.

Le docteur Plaskouski, chargé d'étudier en France tout ce qui se rattache à l'aliénation mentale, s'est informé s'il n'existait pas dans nos asiles un quartier semblable, et c'est ainsi que nous avons appris ce fait singulier d'une annexe destinée aux sujets soupçonnés d'hydrophobie. Quelle influence ne doit pas avoir sur le moral cette singulière quarantaine et ce contact de malheureux réunis dans l'atteinte de la plus affreuse des maladies !

— On compte à l'hôpital des aliénés de Zurich 25 personnes qui ont perdu la raison, grâce aux tables tournantes et aux esprits frappeurs !

(*Écho médical de Neuchâtel.*)

Les rédacteurs-gérants,

BAILLARGER, CERISE et MOREAU (de Tours).

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

DES RÉMISSIONS

DANS LE

COURS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR

M. LE Dr A. SAUZE,

Médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Marseille,
Médecin de la prison cellulaire,
ex-secrétaire général et membre titulaire de la Société impériale de médecine de la même ville,
Membre correspondant de la Société médico-psychologique de Paris.

« Cet état est facile à caractériser ; il se résume dans ces deux faits : cessation du délire, persistance de la démence. »

(BAILLARGER, *Union médicale*, 1855.)

L'étude des rémissions qui surviennent dans le cours de la paralysie générale, n'est pas un des chapitres les moins intéressants de l'histoire de cette maladie. N'est-il pas surprenant, en effet, dans une affection qui entraîne avec elle des désordres aussi profonds dans l'organe cérébral, de voir se produire des améliorations si sensibles qu'on pourrait croire à une véritable guérison, si l'expérience de chaque jour ne nous apprenait que ce n'est là qu'un temps d'arrêt plus ou moins long, et que la para-

©BIUM

lysie reprend tôt ou tard sa marche fatale. N'a-t-on pas vu des médecins aliénistes eux-mêmes annoncer de bonne foi qu'ils avaient guéri des déments paralytiques? Au reste, le fait des rémissions dans le cours de la paralysie générale n'a plus besoin aujourd'hui de démonstration. Il suffit de parcourir les traités de MM. Calmeil et Bayle pour en trouver les exemples les plus remarquables. Dans un mémoire inséré dans l'*Union médicale* de 1855, et qui est malheureusement resté inachevé, M. Baillarger se proposait d'étudier, au point de vue médico-légal, les rémittences prolongées de la paralysie générale. En effet, on comprend tout de suite quel immense intérêt offre au médecin légiste l'état de ces malades. Doit-on les considérer complétement guéris, et les mettre en liberté? ou bien faut-il les regarder comme incapables encore de rentrer dans la société? Doit-on leur rendre la gestion de leurs biens, s'ils ont été interdits? S'ils commettent un crime ou un délit, ont-ils droit au bénéfice de l'irresponsabilité?

Telles sont les graves questions que soulève l'étude des rémissions de la paralysie générale. Avant d'exprimer notre opinion sur cette matière, nous chercherons d'abord à décrire d'une manière aussi exacte que possible l'état de l'intelligence pendant ces rémissions. Si nous consultons à cet égard nos observations personnelles, nous arrivons tout de suite à ce résultat que ces rémissions sont aussi variables dans leur nature que dans leur durée. En effet, on voit tantôt cesser les symptômes de paralysie et la démence persister. D'autres fois, la langue reste très embarrassée, et l'intelligence semble être revenue à l'état normal. Le plus souvent l'agitation et le délire seuls ont disparu, et il reste à la fois des symptômes et de paralysie et de démence. Nous allons donner des exemples de chacune de ces variétés pathologiques, et nous nous livrerons ensuite à l'appréciation générale de l'état des facultés intellectuelles de ces malades.

Nous commencerons d'abord par exposer les faits qui nous

©BIUM

sont propres; puis nous passerons rapidement en revue ceux qui ont été publiés par les principaux auteurs qui se sont occupés de cette question :

Le nommé D..., employé des contributions indirectes, a toujours eu une conduite régulière. Au mois de novembre 1857, sa femme remarque chez lui une gaieté exagérée. Il s'opère en même temps un changement notable dans ses habitudes. Il s'adonne avec fureur à l'usage des boissons alcooliques. Il ne rentre plus chez lui qu'à une heure fort avancée de la nuit. Aux observations de sa femme sur sa conduite déréglée, il répond qu'il est riche, qu'il veut donner sa démission et se livrer à de grandes spéculations. Loquacité excessive, — excitation continue, — insomnie. Il se plaint en même temps d'une céphalalgie très intense. La mémoire s'affaiblit chaque jour. Enfin on nous l'amène à l'asile le 7 décembre 1857.

A son entrée, nous constatons une grande excitation. Il est d'une loquacité excessive. Il veut se livrer aux plus grandes entreprises. Il possède une fortune considérable. Contentement général. Il n'y a pas d'embarras appréciable de la langue. Cet état dure jusqu'à la fin de février. De temps en temps, l'articulation des mots est difficile.

10 mars. — Une amélioration sensible s'est produite; l'agitation maniaque a cessé.

29 mars. — Il existe une rémission parfaitement caractérisée. Absence de délire et d'agitation. Il ne présente pas de signes de paralysie appréciables. La langue n'est plus embarrassée; on constate seulement un léger affaiblissement des facultés (rires fréquents, enfantillages, etc.). L'amaigrissement qui existait a disparu; il a repris de l'embonpoint. Il a conscience de sa maladie et reconnaît qu'il a été fou. Mais évidemment son intelligence, quoique saine en apparence, n'a pas la même portée qu'antérieurement à la maladie : sur la demande de sa famille, il sort le 13 mai 1858.

Ici nous avons eu affaire à une démence paralytique encore

©BIUM

peu avancée; au bout de quelque temps, le délire et la paralysie ont disparu. Il est resté seulement de l'affaiblissement des facultés intellectuelles. Dans ces cas, la démence n'est appréciable que pour celui qui sait observer le malade, et surtout pour les personnes qui l'entourent. Encore capable de se conduire dans la société, d'accomplir les divers actes de la vie avec une régularité apparente, il est facile cependant de remarquer qu'il n'y a plus la même activité dans son intelligence. Le cerveau se fatigue plus vite et ne peut supporter un travail long et sérieux. Le caractère est souvent aussi profondément modifié. On observe que le malade, de violent et d'emporté qu'il était auparavant, est devenu doux et pacifique; il écoute plus volontiers les conseils qu'on lui donne. On le fait sans peine changer d'opinion sur un sujet quelconque. Dans certains cas, il y a de la tendance à l'apathie et au sommeil. Le malade reste plus facilement à la maison, il renonce souvent à ses habitudes de plaisir. La famille croit à une guérison complete, mais, le médecin habitué à la marche de ces maladies, ne peut se faire illusion sur leur issue, et retrouve encore, dans ces modifications survenues dans l'ordre intellectuel et moral, des signes évidents d'un léger degré de démence.

Quelquefois même l'affaiblissement des facultés est encore moins saillant. Elles semblent presque être revenues à l'état normal. Mais les signes de paralysie persistent, comme pour attester d'une autre manière l'existence de la maladie. On en verra un exemple remarquable dans l'observation suivante. Le nommé G.... entre à Saint-Pierre, le 4 janvier 1858. Il est d'une loquacité et d'une turbulence incroyables; il répond avec lucidité à toutes les questions qu'on lui adresse. Mais il y a une tendance générale à l'exagération et un état de satisfaction qui font craindre une démence paralytique. Il est gai, expansif à l'excès; il se croit doué d'une force athlétique; il prétend qu'il a toujours été recherché des femmes. On ne constate cependant aucun signe de paralysie.

©BIUM

5 mai 1858. — A la visite du matin, il présente les symptômes suivants : impossibilité absolue d'articuler les mots; il fait des efforts inouïs pour parler et ne peut parvenir à prononcer une seule parole ; il se tourmente et pleure. L'agitation a cessé. Le pouls est accéléré, sans être plein ni développé. Pas de chaleur à la peau ni d'injection de la face; il y a déviation de la langue à droite. Le bras droit est à demi paralysé.

Après quelques jours de traitement, les symptômes s'amendent. L'articulation des mots est devenue possible, quoique difficile. Le bras droit a repris de la force. Le délire et l'agitation ont tout à fait disparu. G... a conscience de sa maladie, il en apprécie sainement les diverses phases. Il s'inquiète de ne pouvoir parler plus facilement ; il demande sa sortie.

Le 20 juillet 1858, nous nous décidons à le faire sortir. Voici dans quel état il se trouvait à cette époque. Du côté de l'intelligence, on ne pouvait rien constater d'anormal ; on ne pouvait pas découvrir le plus léger affaiblissement des facultés. La mémoire est parfaitement intacte, tant celle des choses anciennes, que celle des faits récents ; il comprend qu'il a été aliéné. Il montre même de l'énergie dans le caractère, car il se promet de résister aux obsessions d'une femme avec laquelle il vit depuis plusieurs années, et avec qui on a cherché à le marier, profitant du trouble de ses facultés. Il voit clairement que cette femme ne tient qu'à son argent, et il est bien décidé à ne pas compromettre ses intérêts. Mais si tout signe de délire a disparu, si la démence semble ne pas exister, il reste un embarras très marqué de la langue : il a de la peine à articuler les mots et se dépite de ne pas parler plus facilement.

Ainsi, tandis que dans l'observation première, nous avons vu disparaître le délire et la paralysie, et persister la démence ; ici, au contraire, la démence et le délire ont cessé, et il semble ne rester que la paralysie. Il serait certainement bien curieux de savoir à quelles modifications anatomiques de l'encéphale correspondent ces variétés pathologiques ; quelles sont les alté-

©BIUM

rations, soit des membranes, soit de la substance cérébrale, qui sont liées à l'existence de ces divers symptômes. De ces deux ordres de phénomènes morbides qui caractérisent la paralysie générale, la démence et les désordres de la motilité, comment se fait-il que l'un plutôt que l'autre a disparu, alors qu'on est tenté de les rattacher tous deux à la même cause. C'est là un chapitre encore tout neuf de l'histoire de la paralysie générale, et qui mérite à tous égards de fixer l'attention des médecins aliénistes. Toujours est-il que l'existence de ces faits est un argument des plus sérieux contre ceux qui prétendent que les lésions de l'encéphale dans la paralysie générale ne correspondent qu'aux désordres de la motilité. S'il en était réellement ainsi, on ne verrait jamais disparaître les signes de paralysie et la démence persister. Or c'est ce que nous apprend l'observation, et alors force est bien de reconnaître que les troubles de l'intelligence peuvent, tout aussi bien que ceux du système musculaire, se lier aux altérations des membranes du cerveau et de la substance cérébrale elle-même. Dernièrement je faisais l'autopsie d'une femme morte au premier degré de la démence paralytique. Elle avait présenté un délire ambitieux des plus remarquables et un affaiblissement considérable des facultés; nous n'avions pas pu constater encore l'embarras de la langue. Et cependant à l'autopsie, nous trouvâmes des altérations profondes dans l'encéphale. Les membranes étaient épaissies, infiltrées. Une sérosité considérable était épanchée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Il y avait quelques légères adhérences à la partie antérieure des hémisphères cérébraux. Pourra-t-on nier, dans ce cas, que les désordres de l'intelligence ne fussent sous la dépendance des modifications anatomiques du cerveau ?

Dans les deux exemples de rémission qui précèdent, nous avons eu l'occasion de voir disparaître tantôt la paralysie, tantôt la démence. Dans certains cas, ces deux symptômes persistent à un degré peu sensible, et le malade est assez bien cependant pour rentrer dans la société. Le nommé O.... entre

©BIUM

à l'asile, le 6 février 1858, dans un état d'excitation maniaque. Il répond assez bien à certaines questions; mais il est facile de s'apercevoir qu'il y a un grand désordre dans ses facultés intellectuelles. Il se croit très riche. Il a tous les talents possibles. Il est docteur en médecine, licencié en droit, élève de l'École polytechnique.

Les jours qui suivent son admission, l'agitation augmente. Il se bat continuellement avec les autres malades. Il déchire ses vêtements. Toute la nuit, il fait du bruit dans sa cellule. Il ne cesse de parler et de réclamer. On le voit, par moments, donner des signes d'une sensibilité exagérée, comme on l'observe souvent dans cette classe de déments. A de rares intervalles, on remarque un léger bredouillement.

Après quelques mois de séjour, l'agitation diminua. On put le placer dans un quartier de malades tranquilles. Le délire ambitieux disparut également. O... finit par avoir conscience de sa maladie : mais l'embarras de la langue persistait. On remarquait par moments des convulsions des muscles de la face. Nous nous décidons à le faire sortir le 23 juillet 1858.

A cette époque, son intelligence ne présentait pas de désordres. Il n'y avait pas le plus léger délire ; seulement, il était facile de s'apercevoir qu'il y avait peu d'activité dans ses facultés. Son caractère s'était également modifié. Il était beaucoup moins irascible qu'avant sa maladie; il témoignait beaucoup plus d'affection à sa femme. En même temps, il restait encore un léger bredouillement. Par moments, l'articulation des mots était difficile, et l'on observait quelques mouvements convulsifs des muscles de la face.

Ici, comme on le voit, malgré une rémission notable, la maladie conserve son double caractère. On retrouve toujours, quoique à un moindre degré, les deux ordres de symptômes qui caractérisent la paralysie générale, l'affaiblisement des facultés et les troubles de la motilité.

Si nous cherchons à résumer ce qui précède, nous arrivons

©BIUM

à ce résultat, à savoir que les rémissions de la paralysie générale peuvent se diviser en trois catégories. Dans l'une on voit disparaître en entier les signes de paralysie et la démence persister. Dans l'autre, l'intelligence paraît se rapprocher davantage de l'état normal, mais la paralysie persiste d'une manière appréciable. Enfin, dans une troisième catégorie, les deux ordres de symptômes se sont amendés parallèlement, et persistent à la fois à un faible degré. En d'autres termes, c'est tantôt la paralysie, tantôt la démence qui diminue, rétrograde, et quelquefois au contraire il y a un amendement simultané et de la démence et de la paralysie.

Tous les cas de rémission peuvent se ranger dans l'une de ces trois catégories principales. On comprend cependant sans peine qu'il est une foule de cas intermédiaires présentant des caractères moins tranchés, empruntant à la fois à plusieurs de ces classes un des éléments pathologiques qui la constituent plus spécialement. Il serait trop long de vouloir reproduire ici des exemples de chacune de ces variétés morbides. Pour les médecins qui sont habitués à observer des aliénés, il suffira d'avoir signalé ce fait pour qu'ils se rappellent l'avoir bien souvent constaté. Ainsi, entre autres faits de ce genre, je pourrais citer l'exemple remarquable d'un aliéné chez lequel la paralysie semble être arrivée au troisième degré, alors que l'affaiblissement des facultés intellectuelles est cependant très peu sensible. Il y a dans ce cas une disproportion singulière et bien difficile à expliquer, entre les deux ordres de symptômes qui caractérisent la paralysie générale. Le nommé R...' est aujourd'hui dans l'asile pour la deuxième fois. A l'époque de sa première admission, il présenta tous les caractères de la paralysie générale au premier degré, avec délire ambitieux. Il était millionnaire, il se disait amiral. Il y avait une grande agitation maniaque.

Au bout de quelques mois, le délire et l'agitation disparurent, mais il fut facile de s'apercevoir qu'il y avait un com-

©BIUM

mencement d'affaiblissement intellectuel, et un léger embarras de la langue. La figure était éteinte, sans expression. Il n'y avait pas d'activité dans son intelligence. Sur la demande de sa famille, il sortit le 20 juin 1852. On le plaça de nouveau à Saint-Pierre le 22 mai 1854.

Depuis cette époque, il est dans l'asile. La paralysie de la langue a fait des progrès considérables. C'est à peine s'il peut encore articuler les mots. On a la plus grande difficulté à saisir ce qu'il dit, et il ne peut prononcer la plupart des syllabes. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que les jambes ont encore de la force et de la solidité : la démarche est assurée et rapide. L'intelligence possède relativement une certaine intégrité. La mémoire n'est pas sensiblement affaiblie. Il s'acquitte avec ponctualité des diverses commissions qu'on lui confie. Il cause de toute chose avec lucidité et jugement. Il ne permet pas qu'on se moque de lui. Cependant, en le suivant de près, il est aisé de se convaincre que son intelligence a baissé. Il supporte sans réclamer son séjour à Saint-Pierre. Il se charge volontiers de fonctions qui, avant sa maladie, auraient répugné à un homme de sa condition. Il n'a aucun souci de sa position et nulle conscience de sa maladie. Sa physionomie est sans expression, et son intelligence peu active. En un mot, comme dans toutes les observations qui précèdent, pour le médecin exercé il est facile de constater un certain degré de démence.

Si, rapprochant tous les faits que nous venons de mentionner, nous cherchons à les caractériser d'une manière générale, nous voyons que dans toutes les rémissions qui surviennent dans le cours de la paralysie générale, on constate toujours un affaiblissement plus ou moins marqué des facultés intellectuelles. C'est là le caractère commun qu'elles présentent, caractère important et qui ne manque jamais. Souvent difficile à apprécier pour les médecins étrangers à l'étude des maladies mentales, il n'échappe jamais à l'observateur sagace et expérimenté. De ce qu'un malade semblera raisonner juste en apparence, de

©BIUM

ce que sa mémoire sera conservée, de ce qu'il aura assez d'intelligence pour se conduire assez bien dans la société, il ne faut pas se hâter de conclure qu'il est guéri, que son intelligence est saine, qu'elle ne conserve plus aucune altération. Ce serait là une erreur grossière. Scrutez soigneusement tous les replis de l'ordre moral et intellectuel ; comparez surtout, c'est là le nœud de la question qui nous occupe, l'état présent de l'intelligence avec l'état antérieur, et vous trouverez alors une différence toujours très sensible entre ces deux époques de l'existence du malade. Cet homme, qui, avant sa maladie, était actif, intelligent, qui travaillait longtemps et avec ardeur, aujourd'hui il est devenu apathique. Il saisit difficilement les choses que jadis il comprenait de prime abord. Sa tête se fatigue tout de suite, et son cerveau est incapable de supporter un travail long et suivi. C'est à peine s'il est en état de continuer ses anciennes occupations ; il lui serait impossible de s'en créer de nouvelles. Sa physionomie au reste trahit à l'extérieur cette déchéance intellectuelle. Elle est morte, sans expression. Si, de l'ordre intellectuel, nous passons à l'ordre moral, nous y retrouverons les mêmes changements, les mêmes altérations. Le caractère en général s'adoucit. Le malade donne souvent à sa famille des témoignages d'affection auxquels elle n'était pas habituée. Il devient d'une sensibilité exagérée. A la moindre cause, il pleure ; il prend des goûts sédentaires, et s'occupe souvent de futilités. Son opinion sur un sujet quelconque change à chaque instant à la moindre observation qu'on lui fait, il devient facile à intimider et l'on peut arracher sans peine à sa faiblesse un acte qui auparavant aurait répugné à sa conscience. Dans cet état, on voit quelquefois des individus qui étaient adonnés au plaisir, mener tout à coup une vie exemplaire et se livrer avec excès aux pratiques religieuses, à la grande satisfaction de leurs familles qui ne comprennent pas que dans ce changement brusque existe un signe évident d'affaiblissement intellectuel.

©BIUM

On ne finirait pas si l'on voulait relater les nombreuses modifications intellectuelles et morales qui caractérisent cet état de démence chez les malades qui présentent ces rémissions. Lorsqu'on les abandonne trop à eux-mêmes, et qu'on néglige de les surveiller activement, on les voit souvent acheter toute sorte d'objets dont ils n'ont nullement besoin. Ils contractent quelquefois des engagements nuisibles à leurs intérêts, prodiguent leur signature pour les entreprises les plus folles. On remarque encore chez quelques-uns de la tendance au vol.

Dans l'état physique de ces malades, il est également facile, pour le médecin exercé, de retrouver des signes qui attestent la persistance de l'affection cérébrale. Ainsi il n'est pas rare, comme je l'ai déjà dit plus haut, de constater un certain degré de somnolence. Des malades se plaignent encore par moments d'éprouver des maux de tête ; ils ont aussi des étourdissements passagers. La face est quelquefois injectée. En un mot, on voit de temps en temps se traduire par des symptômes appréciables, quoique de peu de gravité, ce travail de congestion lente qui caractérise la paralysie générale.

Voilà ce qui se passe dans la majorité des cas. Dans quelques circonstances cependant, en dehors de l'affaiblissement de l'intelligence, on peut encore constater quelques conceptions délirantes et par moments même des idées de grandeur. Ce fait n'a pas échappé à la sagacité de M. Baillarger, qui l'a consigné dans le mémoire cité plus haut. Il parle en effet d'un malade qu'il a vu avec MM. Ferrus, Foville et Pinel, qui niait obstinément avoir été aliéné ; il prétendait avoir été séquestré arbitrairement, et demandait à être relevé de son interdiction. J'ai en ce moment sous les yeux un malade qui est dans un état semblable. Le nommé X... est entré dans l'asile pour la seconde fois, le 11 avril 1857. A l'époque de son premier séjour, il présenta de l'agitation maniaque et du délire ambitieux. Il sortit après quelques mois dans un état de calme parfait et sans présenter la moindre trace de délire, mais il y avait de l'em-

©BIUM

barras de la langue et de l'affaiblissement des facultés. Cette fois il est arrivé à Saint-Pierre dans un état d'excitation légère. La paralysie a fait des progrès ; mais l'intelligence semble toujours conserver sa puissance et son activité. Il discute sur tout avec lucidité et précision. Sa mémoire est bonne et son jugement sain en apparence, seulement il n'a aucune conscience de sa maladie. Il se plaint amèrement de sa séquestration ; il accuse ses parents de l'avoir fait enfermer pour des motifs intéressés. Il se propose en sortant de réclamer auprès de l'autorité supérieure contre l'arbitraire de cette mesure ; il attribue sa séquestration à un incident des plus insignifiants qui se serait produit dans une église. Il est impossible sur ce point de lui faire comprendre et la futilité de cette cause, et l'impossibilité qu'elle ait pu produire un résultat aussi grave que de le priver de sa liberté : il prétend n'avoir été malade ni la première ni la seconde fois ; il est devenu d'une dévotion exagérée, et se livre avec beaucoup plus d'ardeur qu'avant sa maladie aux pratiques religieuses. Il est d'une irritabilité excessive, et s'emporte pour le plus léger motif ; il y a même chez lui une tendance à l'exagération et quelques idées vagues de grandeur.

Ce fait prouve une fois de plus que lorsque la paralysie générale suit une marche rétrograde, lorsqu'il se produit une rémission avec les apparences extérieures de la raison, il reste encore dans l'intelligence des lésions assez notables pour attester la persistance de la maladie. On ne saurait trop le répéter, ce n'est pas à un examen superficiel et de courte durée que ces désordres intellectuels se révéleront, mais ils n'échapperont jamais à celui qui saura les chercher avec soin et qui se livrera à l'égard du malade à des investigations assidues et répétées.

Nous venons de voir, d'après le résultat de nos propres observations, quel était l'état intellectuel des malades atteints de paralysie générale pendant les rémissions. Pour nous, et nous croyons l'avoir suffisamment démontré, il est hors de doute que l'intelligence de ces malades n'est pas tout à fait à l'état normal,

©BIUM

et qu'elle présente toujours des signes incontestables d'affaiblissement. C'est là le symptôme commun, et que l'on retrouve dans toutes les rémissions. Dans les cas moins heureux, on constate encore et des signes de paralysie et quelques idées délirantes, mais la démence est constante, invariable ; elle ne fait jamais défaut ; je ne l'ai jamais vue manquer dans le nombre considérable de rémissions que j'ai été à même d'observer. Cette démence est plus ou moins caractérisée, plus ou moins facile à constater, mais avec quelque soin, on arrivera toujours à s'assurer de son existence.

Il nous reste maintenant à faire connaître l'opinion des principaux auteurs qui se sont occupés de cette question. En parcourant les nombreuses observations contenues dans le traité de M. Calmeil, on trouve quelques exemples de rémissions. Cependant, ce point de l'histoire de la paralysie générale ne paraît pas avoir fixé d'une manière spéciale l'attention de ce savant aliéniste. C'est à peine si, au chapitre consacré à la durée et à la marche de la paralysie générale, il signale l'existence de ces rémissions. Par une bizarrerie incroyable, dit M. Calmeil, il est des paralytiques qu'on juge condamnés à mourir dans un délai rapide, et dont le sort s'améliore très promptement, et il rappelle à ce sujet l'observation qui se trouve à la page 209 de son livre. Je vais en reproduire succinctement les principaux détails. Il s'agit d'un ex-employé à la cour des comptes qui, à son entrée à Charenton, présentait les symptômes suivants : l'articulation des mots était très difficile et la démarche mal assurée ; il y avait aussi des signes de démence. Pendant longtemps il ne se fit aucun changement dans son état. Cependant la paralysie suivit une marche rétrograde ; l'embarras de la langue devint moins sensible, la démarche moins chancelante. L'état moral, dit M. Calmeil, s'est également amélioré. B... ne se livre à aucun désordre d'action, ne présente aucune trace de délire, mais l'intelligence manque d'étendue, la mémoire et le jugement sont affaiblis : tout indique une démence moyenne qui ne

©BIUM

laisse aucun espoir de guérison. Plus loin, dans le chapitre consacré à la terminaison, il cite l'exemple d'un malade qui, après avoir présenté tous les caractères de la démence paralytique, et après un séjour de dix mois à Charenton, rentra dans la société dans l'état suivant : il n'existe aucune trace sensible de paralysie générale, et l'intelligence, *quoique peu étendue*, est pour ainsi dire à l'état normal.

Bayle a consigné aussi, dans son *Traité de la méningite chronique*, plusieurs cas de rémission. Dans le chapitre où il étudie les terminaisons de la paralysie, à propos de ces malades dont l'état s'améliore, il dit : « Ils jouissent de la raison, mais *leurs facultés sont faibles.* »

M. Baillarger, en analysant sept observations de rémission consignées dans les traités de MM. Calmeil et Bayle, est arrivé au résultat suivant : ces malades n'ont plus d'agitation, les conceptions délirantes ont cessé, la tenue est bonne ; mais les idées, quoique suivies, roulent dans un cercle de peu d'étendue (obs. 1) ; elles sont futiles (obs. 2) ; leur intelligence n'est plus aussi nette ni aussi vaste (obs. 3) ; les facultés sont faibles (obs. 4, 5 et 7). Deux malades sortent avec une incapacité absolue pour le travail.

Comme on le voit, dans les observations consignées dans les traités de MM. Calmeil et Bayle, on retrouve toujours, pendant la rémission, des signes d'affaiblissement des facultés. L'intelligence, quoique saine en apparence, n'a pas la même portée qu'avant la maladie. Il y a évidemment déchéance, et la démence persiste, bien qu'elle soit quelquefois difficile à apprécier.

Quant à M. Baillarger, à l'opinion duquel nous nous rallions complétement, il s'exprime au sujet des rémissions d'une manière plus explicite encore que les auteurs qui précèdent. Lorsque la paralysie générale suit une marche rétrograde, dit le savant médecin de la Salpêtrière, lorsque ces rémittences prolongées s'établissent, il reste chez le malade un affaiblissement

©BIUM

plus ou moins marqué, et qui porte en même temps sur les facultés intellectuelles et morales, et plus loin il ajoute : « Nous » pouvons affirmer que ces malades atteints d'un affaiblissement » incurable des facultés n'auront plus le même discernement » quand il s'agira de se déterminer à tel ou tel acte important, » ni la même énergie de volonté pour résister à l'obsession. Pour » peu qu'on flatte leurs idées, il sera souvent facile d'exciter » leur animosité contre les personnes les plus dignes de leur » affection, et de les entraîner à des actes contraires à leurs in- » térêts. C'est ce dont il est impossible de douter quand on a » vécu dans leur intimité et qu'on a pu observer l'ensemble de » leurs dispositions intellectuelles et morales. On parvient alors » à saisir ces mille nuances par lesquelles se révèle la lésion » déjà profonde de l'intelligence ; quelle versatilité dans les dé- » terminations, quelle puérilité dans les actes, quelle facilité » pour les détourner de leurs résolutions à l'aide des prétextes » les plus futiles, et surtout quelle imprévoyance ! »

La durée de ces rémissions est très variable ; bornée quelquefois à un ou plusieurs mois, on la voit, dans d'autres circonstances, se prolonger durant des années entières. Voici le relevé de vingt observations d'après M. Baillarger : une fois le retour des accidents a eu lieu après moins d'un mois ; quatre fois après six semaines environ ; deux fois après quatre mois ; deux fois après six mois ; six fois après un an ; trois fois après dix-huit mois ; deux fois après deux ans environ.

Quant à la modification anatomique qui accompagne ces rémissions, il est assez difficile de la préciser. Les autopsies en effet sont très rares à cette époque de la maladie. Cependant, si l'on considère que c'est ordinairement à la suite d'accidents congestifs qu'a lieu l'aggravation de la maladie, n'est-il pas rationnel d'admettre que, dans les cas où elle s'amende, c'est à la diminution de cette inflammation lente, qui constitue la paralysie générale, qu'est due la production de ces rémissions dans les symptômes tant musculaires qu'intellectuels ? Il est probable que,

©BIUM

dans ces cas, la congestion des membranes et du cerveau a diminué ; aussi voit-on en général disparaître et l'injection de la face et la céphalalgie, et tous les signes d'irritation cérébrale. Le pouls également devient plus lent et moins développé.

Nous avons déterminé maintenant d'une manière aussi exacte que possible quel était l'état de l'intelligence des malades pendant la durée des rémissions. Nous avons démontré que d'une manière générale il y avait chez eux un affaiblissement plus ou moins considérable des facultés, tant par le résultat de nos observations personnelles, que par celles qui ont été publiées par les principaux auteurs qui ont étudié cette question. Il nous sera maintenant facile de déterminer quelles mesures on doit prendre à l'égard de ces malades qui sont tous dans un état plus ou moins complet de démence.

Si l'on réfléchit un instant sur les faits qui précèdent, sur la faiblesse de la volonté qui existe chez les malades, sur la facilité avec laquelle on peut changer leurs déterminations, on comprendra sans peine quels grands inconvénients il y aurait à leur rendre et la liberté et l'administration de leurs biens. Pour ma part, je n'hésite pas à croire que le médecin doit, autant que possible, résister à leurs réclamations et les maintenir sous sa tutelle. En effet, au point de vue de leur santé, cette mesure est de la plus haute importance. Une fois sortis des asiles, ces malades sont très exposés à une rechute. Il devient très difficile d'exercer sur leur conduite une surveillance assidue, et cependant à combien d'écarts de régime ne sont-ils pas exposés par la faiblesse de leur intelligence ; que de causes nouvelles d'excitation viennent les assaillir ! Il est hors de doute que, dans ces conditions défavorables, la marche de la maladie sera plus rapide, et que l'amélioration aura plus de peine à se maintenir. Ainsi, il est évident qu'au point de vue de la santé de ces malades, la séquestration dans un asile est préférable.

Quant à leur confier le soin de leurs affaires, qui pourrait y songer sérieusement ? Nous avons vu combien peu leur intelli-

©BIUM

gence est apte à un travail suivi ; combien il est facile de leur faire contracter des engagements nuisibles à leurs véritables intérêts et à ceux de leurs familles. Le libre arbitre n'existe plus chez ces malades ; il y a évidemment chez eux inaptitude à administrer leurs biens et à se conduire ; ils se trouvent, en un mot, dans les conditions exigées par la loi pour l'interdiction. Quand cette sage précaution n'a pas été prise, que de fois avons-nous vu ces malades compromettre inconsidérément leur fortune ; ils gaspillent leur argent à tort et à travers, se laissent entraîner dans les spéculations les plus hasardeuses ; ils donnent leur signature à tout propos. Je ne pense pas, comme semble le croire M. Baillarger, que ces malades doivent être légalement considérés comme atteints de cette faiblesse d'esprit à laquelle le code a assigné une sorte de place intermédiaire entre la raison et l'imbécillité. Je ne suis pas d'avis, qu'au lieu de les interdire, ils soient de préférence pourvus d'un conseil judiciaire.

Peut-on reconnaître à un malade qui présente cette débilité intellectuelle, l'aptitude à exprimer librement ses dernières volontés ? Pour ma part, je ne puis l'admettre et je crois que, dans ce cas, la faculté de tester, au point de vue médico-légal, est entièrement abolie. Ici encore l'expérience vient confirmer notre opinion ; que de malades de ce genre à qui on fait refaire à plusieurs reprises un testament, suivant les diverses influences auxquelles ils ont été soumis. En voici un exemple :

Le nommé P..., officier, entre dans l'asile le 10 juin 1851 ; il présentait tous les caractères de la démence avec paralysie générale. Plus tard, il survint de l'agitation maniaque. Au bout de quelque temps, arrive une période de calme et une rémission notable. Un frère, contre lequel existaient divers motifs de répulsion, met de l'empressement à venir le voir ; il lui propose de le faire sortir, fait les démarches nécessaires, et obtient de l'intendant militaire qu'il soit confié à ses soins. M. Aubanel déclare, au moment de la sortie (29 août 1851), que P... n'est pas guéri et que l'amélioration survenue ne sera pas de

©BIUM

longue durée. Vivant avec ce frère, soumis à sa volonté par suite de la faiblesse de son intelligence, P... fait un testament en sa faveur.

Peu de temps après, la maladie ayant fait de nouveaux progrès, on le ramène à Saint-Pierre; le 20 décembre 1851, il survient encore de l'agitation, puis le délire cesse, et une seconde rémission se déclare. Dans l'espace d'un an, nous assistons ainsi à plusieurs alternations de calme et d'excitation.

Dans une de ces rémissions, un autre frère de P..., qu'il avait toujours affectionné, arrive de Paris et vient le voir. Se doutant de ce qui s'était passé en son absence à l'époque de la sortie, il cherche à faire en quelque sorte la contre-partie de ce qui avait déjà été fait pour combattre un jour, s'il y avait lieu, devant les tribunaux, le testament dont il soupçonnait l'existence. Il parvient sans difficulté à lui faire dresser un second testament olographe qui l'institue héritier.

P... meurt le 23 novembre 1854 dans un état de marasme, après avoir parcouru les diverses phases de la paralysie générale. Un procès a été sur le point de s'engager, mais la crainte d'un insuccès a amené le premier légataire dans la bonne voie, et un arrangement amiable a dû probablement intervenir.

On m'objectera sans doute qu'il est bien rigoureux de priver ainsi de leurs droits civils des individus qui sont en apparence raisonnables, mais quelque fâcheux que puisse paraître au premier abord cette mesure, elle est commandée par l'état de ces malades et nécessaire à leurs intérêts bien entendus. Et d'ailleurs, que l'on réfléchisse un instant à quelles conséquences on serait entraîné si l'on rendait à ces malades la direction de leurs affaires. En effet, si on les trouve aptes à gérer leurs biens, si on leur reconnaît assez d'intelligence pour se conduire avec discernement, ne faudra-t-il pas également, quand ils commettront un crime ou un délit, pour être conséquent avec cette doctrine, les regarder comme responsables de leurs actions et jouissant de leur libre arbitre ? On voit tout de suite à quels fu-

©BIUM

nestes résultats nous conduirait cette doctrine ; nous voyons tous les jours des malades dans cet état être poursuivis pour divers délits, souvent pour des vols, et nous obtenons leur acquittement en démontrant qu'il y avait chez eux lésion du libre arbitre. Il n'est pas besoin, dit Marc, d'insister sur l'absence de toute imputabilité chez l'individu dont la démence est parvenue à un degré assez caractérisé pour qu'on ne puisse révoquer en doute la réalité de cette déplorable affection mentale. Mais le même bénéfice doit être accordé à celui dont la situation d'esprit n'en offre que *les plus légers indices*. Eh bien ! si la doctrine que nous combattons prévalait, il faudrait renoncer à ce bienfait si péniblement conquis ; nous verrions tous les jours condamner des malades atteints de démence sous le prétexte spécieux qu'ils semblent jouir de leur raison.

Il y a un grand inconvénient, à mon avis, en médecine légale, à séparer les questions civiles des questions criminelles. Quand l'intelligence est aussi profondément altérée, quand le libre arbitre n'existe plus, peut-on admettre qu'un individu est apte à tester, et d'un autre côté sera-t-il logique de le regarder comme irresponsable de ses actions lorsqu'il viendra à commettre un crime ou un délit ? Il y a évidemment dans cette doctrine une contradiction des plus flagrantes ; elle est contraire à toute saine métaphysique ; l'intelligence est une, toujours semblable à elle-même, et l'on ne peut admettre raisonnablement qu'elle peut dans un cas discerner le bien du mal, et que dans l'autre ce choix sera impossible.

CONCLUSIONS.

1° Les rémissions qui s'observent dans le cours de la paralysie générale peuvent présenter trois formes principales.

2° Dans la première forme, on voit disparaître en entier les signes de paralysie et persister la démence.

3° La deuxième forme est caractérisée au contraire par la

©BIUM

persistance des signes de paralysie, et par l'absence apparente d'affaiblissement intellectuel.

4° L'amendement simultané des symptômes et de démence et de paralysie, constitue la troisième forme.

5° En dehors de ces trois formes principales se rencontrent des rémissions auxquelles il serait difficile d'assigner une place bien précise dans le cadre pathologique.

6° Dans toutes les rémissions, quelle que soit leur forme dominante, se rencontre un symptôme commun, c'est l'affaiblissement plus ou moins marqué des facultés intellectuelles et morales.

7° Cette démence est quelquefois difficile à apprécier, mais elle ne manque jamais et ne peut échapper au médecin qui sait en chercher les signes.

8° Dans quelques cas moins heureux, non-seulement on constate un certain degré de démence, mais il reste encore quelques conceptions délirantes, quelques idées de grandeur.

9° Ces malades étant tous en démence, il y a chez eux lésion du libre arbitre.

10° S'ils commettent un crime ou un délit, ils doivent être considérés comme irresponsables.

11° Ils ne sont aptes, ni à administrer leurs biens, ni à tester.

12° Dans leur intérêt, comme dans celui de leurs familles, ils doivent être interdits.

13° La séquestration, même dans un asile, est une mesure favorable à leur santé.

©BIUM

TROIS NOUVELLES OBSERVATIONS

DE CANCER DU CERVEAU,

PAR

M. LE Dr TH. AUZOUY,

Médecin en chef du quartier des hommes à l'asile de Maréville,
Ancien médecin en chef de l'asile de Fains.

Si l'on voulait comprendre dans une étude spéciale toutes les tumeurs, quelle qu'en soit la nature, dont le cerveau ou ses annexes peuvent être le siége, l'anatomie pathologique fournirait à l'observateur un ample contingent de documents précieux et remarquables par leur variété. Ainsi, dans les 329 observations nécropsiques rapportées dans l'ouvrage si méthodique et si consciencieux de M. Parchappe, on trouve de nombreux exemples de tumeurs osseuses, fibreuses, fongueuses, de kystes, de végétations, de granulations, d'épaississements, d'indurations, de cartilaginifications, de dégénérescences couleur de rouille ou de diverse nature; mais on demeure frappé de n'y pas rencontrer un seul cas bien caractérisé de formation squirrheuse ou encéphaloïde. L'ouvrage de M. Durand-Fardel, le *Traité des maladies du cerveau* de M. Bayle, ne contiennent pas non plus d'observation de tumeur cancéreuse. M. Calmeil n'en rapporte qu'un seul exemple dans son ouvrage *Sur la paralysie générale;* et, enfin, M. le professeur Andral, résumant dans son *Cours de clinique médicale* l'état de la science, porte à moins de cinquante cas le bilan des observations faites jusqu'en 1840 sur le cancer du cerveau.

En présence de ces données, ce n'est point sans quelque étonnement que j'ai rencontré trois fois l'altération particulière dont il s'agit sur soixante autopsies seulement qui ont été faites

©BIUM

en moins de deux ans à l'asile de Fains. Serait-ce par un concours de circonstances fortuites et n'ayant aucune valeur statistique, qu'il m'aurait été donné de constater trois fois, en aussi peu de temps, un genre d'altération organique qui, quoique n'étant pas extrêmement rare, le serait cependant assez pour constituer un fait complétement exceptionnel? Quoi qu'il en soit, je crois être en droit de penser que la concentration des aliénés dans les divers asiles qui se sont multipliés depuis vingt ans, ayant considérablement agrandi le domaine des investigations relatives aux maladies du cerveau, et en permettant désormais l'étude dans des climats différents, l'affection carcinomateuse des centres nerveux pourra être constatée plus fréquemment que par le passé, surtout dans les établissements où les épileptiques, les idiots et les imbéciles sont en majorité.

Dans les centres nerveux, comme dans les autres organes, le cancer peut se manifester par des formations lardacées, squirrheuses, encéphaloïdes, fongueuses, mélanées, colloïdes ou mixtes, c'est-à-dire participant à la fois à plusieurs des divers caractères sus-énoncés. Il peut être libre ou enkysté, arrondi ou irrégulier, lisse, mamelonné ou rugueux, dur ou ramolli, enfin à l'état de tumeur rénitente ou bien de masse ulcérée et en suppuration. Toutes les parties de la masse encéphalique ou de ses prolongements rachidiens peuvent en devenir le siége. Il envahit quelquefois de vastes portions d'hémisphères différents, intéresse les méninges, les perfore, et désorganise même la voûte osseuse de la boîte crânienne.

Voici maintenant la relation des trois cas qui se sont offerts à mon examen :

OBSERVATION I.

Mademoiselle Salomon Lucile, demoiselle de boutique, âgée de quarante et un ans, après deux ans de séjour à la Salpêtrière, a été admise à l'asile de Fains le 26 avril 1848. Au moment de son entrée, son aspect est souffreteux, sa physionomie porte

©BIUM

l'empreinte de la douleur et du chagrin, et il est impossible de lui arracher la moindre confidence sur le secret de sa mélancolie. Toujours réservée et silencieuse, elle se tient à l'écart, n'accepte qu'avec une extrême répugnance la distraction que procure le travail, et est considérée comme une lypémaniaque incurable par M. Rénaudin. Environ un an après, M. Dagonet, médecin par intérim, constate chez elle l'existence d'un *mal de tête presque continuel*, que la malade elle-même attribue à son état d'aliénation mentale.

Cet état persiste plusieurs années ; la mélancolie et l'apathie ne font qu'augmenter; la céphalagie apparaît fréquemment avec des exacerbations et des douleurs lancinantes : la menstruation devient irrégulière, puis finit par se supprimer. Mademoiselle Salomon éprouve des vertiges, des éblouissements; son appétit devient capricieux, et il se manifeste de temps en temps des symptômes d'embarras gastrique, coïncidant avec une constipation opiniâtre.

Vers le commencement de 1856, il survient des vomissements, et l'alimentation devient très difficile. Le caractère s'aigrit, et la malade se montre rebelle à toute espèce de traitement. Elle maigrit à vue d'œil ; une teinte jaune-paille apparaît à la peau ; on constate à la région hépatique une tumeur dure et résistante, offrant de nombreuses bosselures. Les selles et les urines sont rares, les vomissements redoublent de fréquence et d'intensité ; les membres inférieurs s'œdématient ; les douleurs de tête, jusqu'alors intermittentes, prennent le caractère continu et sont intolérables ; la parole se supprime ; la vue se trouble ; la respiration devient de plus en plus difficile, et la malade succombe le 26 août 1856.

A l'autopsie je remarque une injection considérable des vaisseaux cérébraux, une coloration vive de l'arachnoïde, un épanchement séro-sanguinolent sous les méninges et dans les ventricules. Au vertex existent des granulations et un commencement d'ulcération sur une longueur de 10 centimètres,

©BIUM

parallèlement à la suture sagittale, intéressant la pie-mère, adhérente sur ces points, et la substance corticale du bord supérieur des deux hémisphères. La masse encéphalique offre partout un pointillé exsudant à la pression : elle a son volume et sa consistance ordinaires. Le lobe antérieur de l'hémisphère droit paraît cependant un peu ramolli, et au sein de la substance blanche, le scalpel est arrêté par un noyau oblong, de forme assez régulière et de la grosseur d'un œuf de pigeon. Cette tumeur incisée offre la texture du tissu lardacé et squirrheux. Le centre en est ramolli et a l'aspect encéphaloïde. Cette production est entièrement isolée, et ne projette point autour d'elle de racines ni d'indurations sur les parties avoisinantes. Le cervelet ne présente rien d'anormal.

Le thorax est rétréci et sa cavité est encore diminuée par une énorme voussure de l'épigastre, qui refoule les poumons et le cœur.

L'abdomen est presque entièrement rempli par une masse entièrement désorganisée, qui se compose presque exclusivement du foie, dont les proportions sont devenues monstrueuses. Ce viscère a contracté d'étroites adhérences avec le diaphragme. Indépendamment du refoulement qu'il imprime à la cavité thoracique, il recouvre en avant l'estomac et produit à l'épigastre une forte saillie. Il pèse en bas sur la masse intestinale, qui paraît raccourcie. Le foie est entièrement envahi par la désorganisation cancéreuse : sur quelques points le tissu squirrheux et lardacé, partout ailleurs le tissu encéphaloïde, ont remplacé le tissu propre de l'organe. C'est à peine si l'on retrouve quelques portions du tissu hépatique.

De nombreuses adhérences existent dans le péritoine, les ganglions mésentériques sont volumineux, indurés, et participent évidemment à la dégénérescence. La rate et les reins sont anémiques et atrophiés. Un épanchement séreux existe dans la cavité péritonéale, et les membres inférieurs sont le siége d'une énorme infiltration qui date des dernières semaines de la vie.

©BIUM

Le petit volume de la tumeur cérébrale, comparée à celles dont les organes abdominaux étaient le siége, tendrait à faire supposer qu'elle aurait été la conséquence d'une diathèse cancéreuse, et qu'elle ne se serait développée que consécutivement à des altérations plus graves, déjà apparues sur d'autres points de l'économie. Si cependant on veut bien considérer que le sujet était depuis plus de dix ans atteint de folie, que sept ans avant sa mort elle accusait des douleurs de tête permanentes, qu'il y avait chez elle un état d'apathie joint à une grande irritabilité, sans que les fonctions digestives eussent été troublées jusqu'alors, et que ce n'est qu'environ deux ans avant sa mort que des désordres croissants se sont manifestés dans l'appareil digestif, on sera porté à penser que la tumeur du cerveau est bien réellement le point de départ de l'affection qui a peu à peu étendu ses limites et ses ravages.

Observation II.

Delphine Lagabbe, âgée de seize ans, est une fille atteinte d'idiotie congénitale, entrée à l'asile de Fains en février 1855. Elle n'a jamais été réglée, quoique sa taille et sa conformation physique ne diffèrent pas sensiblement d'une complexion normale. Sa démarche a quelque chose de vague et de saccadé; elle touche machinalement à tout ce qui se trouve sous sa main, et le détruit sans se rendre compte de ce qu'elle fait. Elle porte sur divers points de son corps des traces de brûlures, et si elle n'était rigoureusement surveillée, elle prendrait dans ses mains des tisons ardents ou s'approcherait du poêle lorsqu'il est rougi sans avoir conscience du danger auquel elle s'exposerait. Elle a eu dans son enfance des accès épileptiformes, mais ils ont cessé depuis longtemps, et pendant son séjour à l'asile on n'en a point constaté. Son tempérament est lymphatique : elle est sujette aux engorgements ganglionnaires et aux fluxions. Elle est vorace et gloutonne, en même temps qu'incapable de gouverner ses excrétions. Elle ne peut répondre à aucune question

©BIUM

et ne manifeste ses sensations que par des gestes bizarres ou par des cris et des sons inarticulés. De loin en loin on remarque chez elle une certaine excitation simulant la manie et s'accompagnant de rougeur de la face et de réaction fébrile. Cet état est suivi d'une grande prostration et souvent d'embarras gastrique. A ces intermittences succéda, en août 1856, une fièvre continue avec constipation, rougeur et sécheresse de la langue, prostration, épistaxis, etc., dans laquelle je crus d'abord reconnaître une affection typhoïde. La céphalalgie augmentant et arrachant des cris continuels à la malade, l'existence d'une méningo-encéphalite ne me parut point douteuse, et malgré les émissions sanguines locales, les réfrigérants, les révulsifs intérieurs et extérieurs, etc., la malade succomba le 17 octobre 1856.

A l'ouverture du crâne nous trouvons la dure-mère adhérente aux parois osseuses; il existe un épanchement séreux considérable sous les méninges. La substance corticale présente une pâleur remarquable; l'hémisphère droit est plus volumineux que le gauche. Dans le milieu du lobe antérieur droit se trouve un noyau arrondi, gros comme une petite noix; ce noyau est dur, d'apparence cartilagineuse, et présente à l'incision tous les caractères du tissu squirrheux. La substance blanche a une densité plus considérable qu'à l'état normal, c'est à peine si elle se laisse écraser entre les doigts. Cette augmentation de densité se retrouve dans les deux hémisphères, mais elle est plus marquée à gauche qu'à droite. Toute la masse encéphalique est légèrement pointillée. Les vaisseaux cérébraux sont gorgés et les méninges sont le siége d'arborisations vasculaires. Les ventricules latéraux sont remplis de sérosité citrine.

Le poumon droit est sain ; le poumon gauche est adhérent et farci de tubercules à son sommet. Le cœur est remarquable par son petit volume.

L'intestin grêle ne présente qu'une légère arborisation de ses vaisseaux ; rien dans le gros intestin. Les ganglions mésentéri-

©BIUM

ques sont indurés et transformés en tissu de nouvelle formation (tissu squirrheux).

Comme on le voit, cette observation ressemble beaucoup à la précédente, sinon par la nature de l'affection mentale, du moins par le mode de développement de la tumeur cérébrale et par sa contexture. La céphalalgie, intermittente dans le principe, est plus tard devenue permanente, et a progressivement amené les désordres cérébraux auxquels la malade n'a pu survivre. Il ne saurait être douteux que l'altération cancéreuse ne soit la vraie cause de l'idiotie, et que, par conséquent, elle n'eût chez ce sujet une date fort ancienne.

Observation III.

Prud'homme (Jean-Baptiste), entré le 20 janvier 1857 à l'asile de Fains, y est décédé le 6 février 1858, âgé de vingt ans. Lors de son entrée à l'asile, il avait dix-neuf ans, et n'avait jamais joui de l'usage du côté droit, entièrement privé de sensibilité et de mouvement. Jusque-là il se traînait sur ses jambes et ses mains, étant d'ailleurs atteint d'idiotie et d'hémiplégie congénitales. Son intelligence est toujours demeurée complétement nulle, et si dans le principe il reconnaissait encore ses parents, peu à peu cette notion, émanant plutôt d'une habitude que d'un sentiment, a fini par s'effacer. Prudhomme a mené une vie purement végétative, constamment gâteux et inaccessible à tout stimulant comme à tout traitement. Il a eu en août 1857 une scarlatine dont l'éruption s'est faite avec lenteur, mais dont la guérison a été facilement obtenue. Depuis cette époque cependant ses fonctions digestives, d'abord moins régulières, ont été souvent troublées d'une manière assez grave. L'appétit a disparu, l'amaigrissement est survenu, et avec lui une fièvre hectique à laquelle le malade a succombé.

Autopsie. — Le crâne est assez volumineux, mais déprimé en avant ; ses parois offrent peu d'épaisseur. Le feuillet viscéra

©BIUM

de l'arachnoïde est infiltré de sérosité au vertex, surtout à droite. Les sinus sont remplis de sang noir. A gauche, la substance cérébrale a sa consistance normale; à droite, au contraire, l'hémisphère est atrophié, comme ratatiné à sa surface, et déprimé en arrière au niveau de la scissure interhémisphérique. Du même côté, le corps calleux est également atrophié, ainsi que les circonvolutions qui le recouvrent. Les corps striés sont des deux côtés plus développés que les autres parties des parois ventriculaires.

A la partie supérieure et postérieure du lobe droit du cervelet existe un noyau de la grosseur d'une petite noix, de forme rugueuse et anguleuse, composé en entier d'une substance blanchâtre, très ferme à la coupe, criant et résistant sous le tranchant du scalpel, s'énucléant avec facilité de la substance grise du cervelet. Cette substance est hypérémiée et légèrement ramollie au pourtour de la formation anormale que je viens de décrire.

Les poumons présentent les adhérences les plus intimes avec les parois thoraciques et le diaphragme. Le poumon droit est farci de tubercules à tous les degrés, et présente un véritable putrilage; le gauche est un peu moins envahi, surtout en bas. Le foie est décoloré et jaunâtre. Les ganglions mésentériques sont aussi envahis par la tuberculisation.

L'hémiplégie dont le sujet de l'observation qui précède était frappé depuis sa naissance ne laisserait-elle point soupçonner que dès cette époque il était atteint, du moins en germe, des lésions si graves que l'autopsie a révélées? Ces altérations ont constamment empiré, et s'il y a lieu de manifester quelque surprise, c'est que les progrès de la tumeur cérébelleuse n'aient pas été plus étendus et surtout plus rapides.

L'envahissement des centres nerveux par des masses cancéreuses est loin de produire des phénomènes constants et invariables. La dégénérescence peut même s'étendre à une vaste étendue de ces organes, sans donner lieu à des troubles d'inner-

©BIUM

vations tels qu'on serait au premier abord en droit de les supposer.

Si, d'une part, Esquirol a vu frappé de paraplégie un sujet dont les deux lobes antérieurs étaient à la fois atteints par l'altération carcinomateuse, d'autre part, M. le professeur Velpeau a cité un cas semblable dans lequel l'intelligence et la motilité avaient conservé leur intégrité. D'autres malades n'ont éprouvé non plus de troubles fonctionnels graves que dans les derniers moments de leur existence, quoique depuis longtemps ils eussent en eux les redoutables lésions organiques auxquelles ils devaient infailliblement succomber. Cela prouve que ces formations morbides agissent quelquefois à la manière des corps étrangers, se font une place dans les tissus sans les irriter, et y séjournent presque impunément pendant tout le temps qu'elles demeurent stationnaires. Mais tôt ou tard survient une époque fatale, impossible à prévoir ou à déterminer d'avance, où, par des causes qui nous échappent, et souvent sans cause appréciable, il se manifeste un cortége de formidables symptômes de nature à donner l'éveil, sinon à éclairer tout à fait sur le véritable caractère de l'affection.

Ayant leur siége dans des parties placées profondément et protégées par des remparts osseux qui les rendent inaccessibles à nos sens, et par conséquent à nos moyens ordinaires d'exploration, ces tumeurs doivent souvent être méconnues pendant la vie, et leur diagnostic, uniquement basé sur des signes extérieurs dont la manifestation est si variable, présente nécessairement les plus grandes difficultés. Par ce motif même que le plus communément elles ne dépendent pas d'une diathèse, les symptômes caractéristiques de celle-ci manquent dans la plupart des cas, ou, s'ils existent, ce n'est que d'une manière incomplète et isolément.

Toutefois, si par hasard on était appelé à constater chez le même sujet une céphalalgie intense, soit permanente, soit adoucie par quelques rémissions, s'accompagnant de douleurs lanci-

©BIUM

nantes, térébrantes, atroces ; de l'insomnie, de la fièvre, des vomissements indépendants de toute affection gastrique ; une coloration jaune-paille de la peau, surtout à la face : de l'œdème ou de la bouffissure non liés à un état chlorotique ou à un trouble circulatoire ; des lésions de la vue, de l'ouïe, de l'odorat ; une hémiplégie ou une paralysie plus ou moins complète, plus ou moins ancienne ; des désordres de l'intelligence, et en particulier de l'obtusion ou des accès épileptiformes ; de la prostration alternant avec des paroxysmes, ou des cris aigus et plaintifs ; enfin de l'émaciation et de la fièvre hectique, on pourrait sans trop se tromper, en présence de tous ces symptômes réunis, diagnostiquer une affection cancéreuse du cerveau. Mais, pour rester dans le vrai, il faut reconnaître que bien peu de cas présentent la réunion de ces divers caractères, que le plus souvent les éléments d'un diagnostic précis font défaut, et qu'à cet égard l'art demeure fréquemment restreint dans le domaine de l'hypothèse.

Dans ses recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales, M. Jules Falret a très nettement établi les caractères qui distinguent ces affections de celle dont je m'occupe. Les lésions des organes des sens, telles surtout que l'amaurose et la surdité, ne se rencontrent presque jamais chez les paralysés généraux, tandis que beaucoup de sujets atteints de tumeurs cérébrales en sont frappés. Les troubles intellectuels, constants chez les premiers, sont jusqu'ici considérés comme exceptionnels chez ces derniers. Lorsque l'embarras de la parole se manifeste chez ceux-ci, il consiste en une impossibilité presque absolue de parler, et lorsque la paralysie du mouvement ou du sentiment existe, elle prédomine dans l'un des côtés du corps, où, alors même qu'elle aurait fini par se généraliser, elle a été précédée d'hémiplégie. Malgré la chronicité de la paralysie générale, l'évolution de la dégénération cérébrale est ordinairement beaucoup plus lente, et peut durer un grand nombre d'années. J'ajouterai que le délire ambitieux n'a jamais été noté

©BIUM

chez nos carcinomateux, pas même chez ceux qui ont été atteints d'aliénation mentale consécutivement à leur altération organique. Leur facies, en général, annonce la douleur ou du moins l'habitude de la souffrance, au lieu de dénoter une satisfaction exagérée et sans motif; l'amaigrissement et la détérioration physique font chez eux des progrès constants, sinon rapides, tandis que les paralysés généraux acquièrent quelquefois un embonpoint et une apparence de vigueur qu'on ne leur avait jamais vus jusque-là. On ne saurait donc confondre ces deux maladies, dont l'une doit aux travaux de nos plus éminents aliénistes, notamment de MM. Calmeil, Baillarger, Parchappe, Lunier, J. Falret, Trélat, etc., d'être aujourd'hui aussi facile à reconnaître que l'autre est encore enveloppée d'obscurités dans sa manifestation.

Le cancer du cerveau est une affection fatalement incurable et nécessairement mortelle. Intéressant celui de nos organes qui est le plus essentiel à la vie, il est inaccessible à tout traitement local, et se dérobe par conséquent à toute action directe de la part du médecin ou du chirurgien. Il peut demeurer stationnaire et ne point produire d'accidents pendant une assez longue période. Si chez deux des sujets que j'ai cités sa marche a été prompte, chez un troisième elle a été d'environ cinq ans. Il arrive quelquefois qu'après avoir déterminé des accidents très sérieux, le mal s'apaise et se calme au point d'inspirer une trompeuse sécurité. Dans ces circonstances, la médication intervient souvent avec efficacité. Les narcotiques, et principalement la belladone, l'aconit, la ciguë, les mercuriaux, les préparations iodurées, les dérivatifs, les révulsifs, les antispasmodiques et au besoin les antiphlogistiques, viennent tour à tour rendre l'espérance aux malades, et apporter une *accalmie* plus ou moins durable dans leurs intolérables souffrances.

Le rôle du médecin se borne malheureusement à tout essayer pour prolonger cette situation, car en pareille occurrence un traitement palliatif est seul possible. Mais lorsque les désordres

©BIUM

organiques, par des envahissements successifs ou par une irritation incessante sur les parties environnantes, amènent des troubles fonctionnels graves et prolongés, l'homme de l'art ne peut plus être que le spectateur impuissant d'une terminaison fatale et prochaine. Tous les efforts de la science ne sauraient alors conjurer les complications qui surviennent, et l'on voit bientôt les malades succomber soit à ces complications elles-mêmes, soit à une encéphalite, au coma, à des convulsions, soit enfin à une fièvre hectique, et aux eschares que si fréquemment elle entraîne à sa suite (1).

(1) Extrait d'un mémoire sur le *Cancer du cerveau* adressé par l'auteur à la Société médico-psychologique.

©BIUM

DE LA FORME DU DÉLIRE

CHEZ

LES ALIÉNÉS PELLAGREUX,

PAR

M. D. AUBERT,

Interne à l'asile de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire),
Ancien interne de l'asile de Maréville (Meurthe) et de l'Hôtel-Dieu de Marseille,
Ex-prosecteur d'anatomie à l'École de médecine de la même ville.

Plusieurs auteurs ont, depuis longtemps, attiré l'attention sur le délire des pellagreux ; mais toutes les recherches n'ont été faites jusqu'à présent que sur des individus devenant aliénés par suite de l'affection pellagreuse. Grâce aux travaux récents de M. le docteur Billod, et surtout à un remarquable mémoire de ce médecin sur une variété de pellagre propre aux aliénés (*Arch. gén. de méd.*, mars 1858 et suivants), on sait aujourd'hui que l'aliénation mentale peut préexister à la pellagre et constitue une de ses causes prédisposantes. Il restait donc une étude très curieuse et très importante à entreprendre, celle relative à la forme qu'affecte le délire chez les individus atteints de pellagre pendant l'aliénation. Tel est le but que je me suis proposé. Mon intention n'est pas, en abordant ce sujet, de jeter un jour nouveau sur une question fort peu connue encore ; j'ai cru seulement qu'il était de mon devoir de livrer à la publicité le résultat d'un travail imparfait, il est vrai, mais consciencieux.

Avant de parler du délire des aliénés pellagreux, qu'il me soit permis de passer rapidement en revue les opinions de ceux qui se sont occupés de la folie pellagreuse.

Francesco Frapolli signalait un des premiers, en 1771,

©BIUM

l'existence d'un désordre mental chez les individus atteints de pellagre. D'après cet auteur, les malades seraient tantôt mélancoliques, tantôt maniaques. Cette même idée a été émise plus tard par Gherardini, Fanzago, Mozé Rizzi, etc. Strambio lui-même, qui a laissé d'excellentes dissertations sur la pellagre, divisait le délire en aigu et chronique. Selon lui, le délire aigu serait caractérisé par de l'agitation, et le délire chronique par de la mélancolie religieuse, un désir très prononcé de la mort, et une fureur de se noyer qu'il appelle *hydromanie*. Cependant cette propension au suicide par submersion n'est pas donnée par Strambio comme un fait constant, car il dit, dans un autre passage, que les uns s'étranglent ou se précipitent d'un lieu élevé, et que d'autres cherchent à se mutiler.

Tel était l'état de la science, lorsque M. Baillarger, dans des articles très estimés sur la folie et la paralysie des pellagreux, classa ces derniers parmi les stupides ou démens aigus de Georget et d'Esquirol, et les considéra comme atteints de mélancolie avec stupeur. En juin 1855, et postérieurement à M. Baillarger, le docteur Clerici, médecin du grand hospice de Milan, rejetant les formes diverses de la folie pellagreuse admises jusqu'alors par les médecins italiens, publiait, dans la *Gazette médicale de Lombardie*, un excellent mémoire, dans lequel il disait : « Le délire pellagreux n'est point le Protée décrit par les auteurs, mais un délire vertigineux, vague, confus, accompagné de stupidité, de difficulté de la mémoire, de pesanteur, sans idée fixe ni excitation violente durables. Tous les symptômes qui paraissent appartenir à d'autres espèces sont accessoires, momentanés ; le fond délirant reste le même dans tout le cours de l'affection. » Depuis la publication de ce travail, le fait d'un délire unique avec dépression, torpeur intellectuelle, est généralement admis, d'autant plus surtout que cette manière de voir a pour représentant un auteur qui a eu l'occasion d'étudier la folie sur un grand nombre de pellagreux.

©BIUM

Il me reste maintenant, pour en finir avec le caractère propre assigné jusqu'à ce jour à la folie pellagreuse, à noter l'opinion de M. Brierre de Boismont, qui pense que la monomanie religieuse est la forme d'aliénation la plus fréquente. C'est à cet aliéniste et à M. Piantaneda qu'on doit une remarque très importante, je veux parler de celle relative au penchant à l'homicide. Ce dernier médecin surtout a observé, en effet, chez un grand nombre de pellagreux fous, l'idée de noyer ou d'étrangler leurs enfants. Zanini (de Pavie) donnait, en 1854, un nouvel appui à cette remarque par la relation d'une lypémanie pellagreuse avec meurtre d'une petite fille par son père.

En résumé, on ne croit plus aujourd'hui à la diversité des formes du délire pellagreux, et on admet une unité dans l'état morbide caractérisé par une dépression générale, une torpeur de l'intelligence, et une propension au suicide et à l'homicide. Examinons maintenant si la condition mentale des pellagreux se rapproche de celle décrite par les auteurs, lorsque l'aliénation préexiste à la pellagre.

Sur près de soixante pellagreux que j'ai eu l'occasion d'observer à l'asile de Sainte-Gemmes, j'ai toujours remarqué que tous ces aliénés étaient atteints de mélancolie avec stupeur ou de démence. Quelques-uns, il est vrai, et en petit nombre, sont idiots ; mais ils n'ont jamais présenté, pendant le cours de la pellagre, la moindre agitation, et se sont toujours révélés à l'observation par une tristesse, une langueur et un abattement très marqués. Lorsque des maniaques ont été atteints d'affection pellagreuse, il s'est constamment opéré dans l'état mental une transformation complète, et une mélancolie profonde a fait place à la manie antérieure. Les deux observations suivantes offrent des exemples remarquables de ce fait.

©BIUM

PREMIÈRE OBSERVATION.

Marguerite M..., née à Chaudron (Maine-et-Loire), le 9 décembre 1787, était transférée comme aliénée le 8 novembre 1847 de l'hospice des Pénitentes d'Angers à l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire. A son entrée, le délire, chez cette malade, était général et se traduisait par une agitation excessive, bruyante, par une incohérence très grande dans les idées et un besoin incessant de locomotion.

Depuis cette époque, l'exaltation maniaque a persisté. Marguerite s'est toujours montrée très irascible; elle poussait des cris, chantait, menaçait quelquefois. On la voyait souvent, sous l'influence d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, s'entretenir avec des personnes invisibles, les questionner, leur répondre et se mettre en colère contre elles. Malgré cette agitation, la malade était inoffensive, serviable même, et se livrait à de petits travaux d'intérieur. Le délire, en un mot, n'était agressif qu'en paroles, et jamais en faits.

Vers les premiers jours d'avril 1857, une transformation s'est opérée dans l'état mental. De gaie et expansive qu'elle était autrefois, Marguerite est devenue triste et peu communicative. Une dépression mélancolique et un découragement profond ont succédé à l'excitation antérieure. En même temps, l'on a observé sur la face dorsale des mains une rougeur érythémateuse très vive disparaissant sous l'impression des doigts. Au bout de quelques jours, des bulles nombreuses remplies d'une sérosité roussâtre se sont montrées sur les parties affectées, et il s'est établi une diarrhée opiniâtre qui n'a cédé que trois semaines après, et à la suite d'un traitement énergique. La langue était rouge, les papilles déprimées, le pouls petit et concentré; la face dorsale des mains était le siége d'un sentiment de cuisson assez vif. Bientôt l'épiderme s'est détaché par lames furfuracées, et la peau est devenue luisante et d'un rouge

©BIUM

livide ; celle-ci a perdu ensuite peu à peu sa coloration et a donné naissance à une nouvelle exfoliation épidermique qui n'est pas encore complétement terminée aujourd'hui. La malade, étant très peu expansive, n'a jamais accusé de douleurs le long du rachis, ni de sensation de brûlure à l'épigastre.

Depuis l'invasion de ces accidents, la mélancolie s'est dessinée chaque jour davantage. Marguerite est plus déprimée ; sa figure est morne, abattue et exprime la souffrance. La malade est, pendant des heures entières, immobile, la tête penchée vers le sol ; elle trouve l'existence à charge et invoque la mort : « Oh ! faut-il que je sois sur la terre ! Pourquoi ne suis-je pas morte? » dit-elle à chaque instant. Néanmoins elle ne cherche pas à se débarrasser de la vie par le suicide, et ne refuse pas la nourriture.

Sous le rapport physique, un amaigrissement considérable est survenu, la constitution s'est profondément détériorée, la peau a revêtu une teinte jaunâtre et terreuse, et il est à craindre que la malade ne tombe bientôt dans le marasme.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Pierre-Alphonse M... est un jeune homme de vingt-deux ans; il est d'une taille petite, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique.

Entré une première fois à l'asile de Sainte-Gemmes en mars 1855, il en est sorti, au mois de juin de la même année, complétement guéri d'une affection maniaque avec hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Le 1er juillet 1857, Pierre était ramené dans l'établissement pour un nouvel accès de manie, datant déjà de quelques mois. Une agitation très grande sans idée prédominante, des cris, des chants continuels, une tendance très marquée aux emportements et à la fureur et des hallucinations de la vue, tel était l'ensemble des symptômes observés chez ce malade à son arrivée.

A part quelques rares et courts intervalles de calme, qui ont

©BIUM

permis à cet aliéné de se livrer à des travaux agricoles, l'agitation a persisté avec la même intensité qu'au début, jusqu'à la fin de mars 1858, époque de l'équinoxe du printemps. Mais dès ce moment Pierre a manifesté une répugnance très grande pour le travail; il est devenu triste, morne et taciturne. En même temps que cet état mélancolique s'est emparé de lui, on a vu apparaître sur la face dorsale des mains une rougeur très vive, d'un aspect érythémateux, disparaissant sous l'impression des doigts et déterminant un léger sentiment de cuisson. Quelques jours plus tard, une diarrhée abondante et des vomissements se sont montrés, la langue s'est recouverte d'un enduit blanchâtre, le pouls est devenu faible et dépressible. Ces symptômes digestifs persistent aujourd'hui encore, trois mois après l'invasion, et la diarrhée résiste à la médication la plus astringente. Un amaigrissement rapide est survenu, et la constitution s'est profondément altérée.

A l'érythème de la face dorsale des mains a succédé, vers le milieu de juin, la desquamation qui s'est faite par plaques larges et irrégulières. La peau sous-jacente, qui avait revêtu d'abord une couleur rosée, est maintenant d'un blanc mat; elle est sèche, parcheminée, dépourvue d'élasticité. On remarque au-dessus des poignets cette sorte de bracelet brunâtre nommé *manchette pellagreuse*.

Pendant la marche de ces accidents, le malade était sombre, abattu, presque toujours silencieux, ne manifestait aucune sensation; son intelligence était affaissée, sa volonté déprimée. Néanmoins il n'y avait chez lui ni désir de la mort, ni penchant au suicide.

Depuis quelques jours cet aliéné semble sortir de l'état de torpeur dans lequel il était plongé, ses facultés intellectuelles se réveillent, l'agitation paraît même imminente. Ce changement dans l'état mental a coïncidé avec une légère amélioration survenue dans la santé physique : la diarrhée est moins abondante, et les symptômes cutanés tendent à disparaître.

©BIUM

La dépression mélancolique coïncide donc toujours avec la pellagre. En effet, quelle que soit la forme d'aliénation antérieure, on remarque, chez les individus qui en sont atteints, de l'hébétude, un affaissement de l'intelligence et de la volonté, et une très grande répugnance pour la locomotion. Ces malades sont mornes, découragés; ils vivent dans l'isolement, sont impropres à tout travail, gardent quelquefois un silence obstiné, ne témoignent souvent aucune douleur, et ne répondent parfois qu'avec peine aux questions qui leur sont adressées. La stupeur est d'ailleurs d'autant plus prononcée que l'affection pellagreuse est plus ancienne; il en est de même si l'état mental antérieur revêt déjà le caractère lypémaniaque. Cette forme spéciale de délire serait-elle entretenue, pendant la marche des symptômes pellagreux, par des hallucinations d'une nature particulière? Les malades sont, en général, si peu communicatifs qu'il m'a été impossible de vérifier ce fait.

Il est une chose digne de remarque, c'est que la mélancolie disparaît souvent en même temps que les accidents pellagreux, pour reparaître l'année suivante à l'époque de l'exacerbation vernale. Néanmoins, bien que l'aliéné paraisse revenir à ses habitudes passées, bien que le délire antérieur semble renaître, la pellagre imprime à l'individu un cachet particulier. Il m'a semblé même, d'après les quelques observations que j'ai pu recueillir, que cette affection déterminait dans la marche de la folie une accélération rapide et fatale vers la démence.

La lypémanie et la démence sont les seules formes de délire que l'on observe chez les aliénés pellagreux. Je n'ai pu constater qu'une seule fois la monomanie religieuse mentionnée par M. Brierre de Boismont et les médecins italiens. Si cette forme d'aliénation est très fréquente en Italie, ce fait ne s'expliquerait-il pas, comme le dit M. Roussel, par l'éducation, les habitudes et les idées du peuple italien? Une de nos malades pellagreuses avait tenté de se suicider et de tuer sa mère; mais ce penchant au suicide et à l'homicide n'a été observé qu'antérieurement à

©BIUM

l'entrée de la malade à l'asile. On n'a pu noter chez aucun aliéné cette propension au suicide par submersion signalée par tous les auteurs comme spéciale à la pellagre. Quelques malades, à vrai dire, montrent un très grand désir de la mort, la demandent même avec instance, mais aucun d'eux n'a essayé jusqu'à présent de mettre un terme à son existence par le suicide. Enfin, un seul pellagreux nous a présenté un certain embarras de la parole, ce qui coïnciderait peut-être avec le fait de la paralysie pellagreuse mentionné par M. Baillarger.

En terminant ce travail, je le résumerai dans les propositions suivantes :

1° Le caractère propre au délire des aliénés pellagreux est la dépression mélancolique; il se rapproche donc de celui que l'on a déjà signalé chez les individus devenant aliénés par suite de l'affection pellagreuse.

2° Le penchant à l'homicide et au suicide, non encore observé chez les aliénés pellagreux, doit être un fait excessivement rare.

©BIUM

Médecine légale.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL DE LA FILLE MÉLANIE OTT,

PRÉVENUE DE VOLS,

PAR

M. le Dr d'EGGS,

Médecin en chef des prisons de Strasbourg, chevalier de la Légion d'honneur;

ET

M. le Dr H. DAGONET,

Médecin en chef de l'asile de Stéphansfeld, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Monomanie d'Esquirol. — Folie ambitieuse consécutive à une blessure de la tête.

Nous, soussignés, d'Eggs, médecin en chef des prisons, chevalier de la Légion d'honneur, et H. Dagonet, médecin en chef de l'établissement des aliénés de Stéphansfeld, professeur agrégé à la faculté de Strasbourg, délégués à l'effet de visiter la fille Marie-Mélanie Ott, prévenue de vols, avons l'honneur, après avoir préalablement prêté serment, de remettre à M. le président du tribunal le résultat de notre observation et nos conclusions motivées.

Les éléments sur lesquels repose la conviction à laquelle nous sommes arrivés, sont d'une part l'interrogatoire minutieux auquel nous avons soumis à plusieurs reprises la prévenue, de

©BIUM

l'autre les renseignements qui nous été fournis par la famille et par quelques personnes d'une parfaite honorabilité, et enfin la lecture attentive des pièces mêmes du dossier, que M. le procureur impérial a bien voulu mettre à notre disposition.

Dans l'intérêt et pour l'intelligence complète des considérations que nous aurons à développer, nous demandons la permission de résumer rapidement les faits qui ont nécessité l'arrestation de la fille Mélanie Ott. Ils sont d'une singularité remarquable ; ils en ont imposé à une foule de personnes, et ils témoigneraient à la fois d'une audace bien rare et d'une habileté difficile à comprendre, s'ils n'étaient le résultat naturel d'une imagination déréglée et d'un esprit qui ne s'appartient plus.

Voici les renseignements que nous fournit l'information judiciaire :

Mélanie Ott se présente au mois de septembre dernier dans une toilette simple, mais de bon goût, à l'hôtel de la ville de Paris, à Strasbourg. Elle déclare se nommer Anne de Chateaubourg, et être venue pour attendre l'arrivée de sa tante la vicomtesse de Holstein, que des affaires retenaient en Allemagne. Elle demande une chambre, tout en annonçant qu'elle ne couchera pas à l'hôtel, parce qu'elle devait passer les nuits à la campagne de M. le baron Renouard de Bussières, à la Robertsau. L'étrangère avait les dehors d'une piété austère. Immédiatement après son arrivée, elle fait appeler le R. P. Douillet, de l'Ordre des Jésuites, auquel elle se confesse. Le lendemain elle fait venir un bijoutier et lui vend, pour la somme de 10 francs, une épingle jumelle en or.

Cette circonstance et d'autres faits portés à la connaissance de la police, ne tardent pas à faire arrêter mademoiselle Anne de Chateaubourg, que l'on reconnaît bientôt pour être simplement Marie-Mélanie Ott, couturière, demeurant rue du Sanglier, à Strasbourg.

Une perquisition opérée dans son domicile, amène la décou-

©BIUM

verte d'un nombre considérable d'objets de toute nature dont la variété n'attestait que trop une origine illicite. La fille Ott avoue sans hésitation que ces objets provenaient de vols, et indique elle-même les maisons des différents quartiers de la ville dans lesquelles elle les avait dérobés.

Cependant l'information vient à révéler d'autres circonstances non moins extraordinaires. Ainsi, avant son apparition à l'hôtel de la ville de Paris, Mélanie Ott avait logé pendant plusieurs jours à l'hôtel de la Maison-Rouge, sous le nom d'Anne Montesquieu de Chateaubourg.

Enfin on arrive encore à découvrir deux épisodes assez singuliers de la vie de cette jeune fille.

Au mois d'avril 1853, elle se présente dans la commune de Hoerdt, à l'entrée du presbytère, sous les habits d'un jeune garçon. Sur les interpellations qui lui sont adressées, elle déclare se nommer Cornélie Mendoze de Montespan, fille du comte Ludovic Mendoze de Montespan et de Juliana de Hohenzollern. Elle raconte avoir été enfermée en Hollande pendant quatre ans dans un souterrain, où elle avait été l'objet des traitements les plus barbares. Ce récit fit sensation, et ce n'est que plus de quinze jours après, qu'une circonstance fortuite fit connaître que le jeune garçon délaissé était une fille.

Le 10 juin de la même année, on dépose chez le concierge du grand séminaire de Saint-Sulpice, à Paris, un jeune garçon dépourvu de ressources et de papiers. Le supérieur l'envoie au petit séminaire après l'avoir signalé à la préfecture de police. Ce jeune homme déclare s'appeler Mac-Grégor Bernadotte de Beauharnais. Trois jours après on constate encore que ce garçon était une fille.

Placée dans la maison des orphelines de l'Enfant-Jésus, rue des Postes, à Paris, elle parvient à s'évader après dix-huit mois de séjour et est de nouveau ramenée dans sa famille qui la croyait perdue, et qui devait la voir bientôt recommencer de nouvelles excentricités.

©BIUM

Dans son interrogatoire devant M. le juge d'instruction, Mélanie Ott ne fait aucune difficulté pour avouer les nombreux vols qu'elle a commis tant à la gare du chemin de fer qu'au préjudice de plusieurs personnes de la ville.

Elle reconnaît de même avoir logé, sous le nom d'Anne de Chateaubourg, à l'hôtel de la ville de Paris et à la Maison-Rouge, et avoir pris des habits de garçon, afin de se faire passer pour le fils abandonné d'une famille puissante. Aux objections qui lui sont faites, elle se contente de répondre : *Est-ce donc mal tout cela?*

Enfin nous trouvons parmi les pièces de son dossier les deux certificats suivants, que nous citons textuellement :

1° Le soussigné docteur Eissen, médecin du canton Est, certifie avoir donné depuis une série d'années des soins gratuits à la famille de la nommée Ott (Mélanie), et certifie en outre avoir été dans le cas à deux reprises, où *l'état mental* de ladite Mélanie Ott *était provoqué par des lésions traumatiques de la tête*, de proposer l'admission de la malade à l'asile départemental d'aliénés de Stéphansfeld.

2° Le soussigné docteur Libermann, certifie que mademoiselle Ott (Mélanie), est sujette depuis plusieurs années à des accès d'*aliénation mentale*, revenant à des intervalles indéterminés. Pendant ces accès elle a toutes sortes de manies et se livre parfois à des extravagances.

D'autre part, l'un de nous, M. le docteur d'Eggs, recevait à la date du 15 octobre dernier, de la belle-mère de notre regrettable confrère, M. le docteur Joyeux, professeur agrégé, une lettre dont nous extrayons le passage suivant :

Mon cher docteur,

Nous venons de voir dans les journaux de Paris que vous êtes chargé d'un rapport sur l'état mental de Marie-Mélanie Ott. A ce sujet, madame Joyeux s'est rappelé tout de suite que, dans le temps, M. le docteur Joyeux a donné des soins à cette fille

©BIUM

et qu'alors il pensait déjà qu'elle n'avait pas l'entière jouissance de ses facultés intellectuelles.

Si maintenant nous examinons les faits qui nous ont été communiqués par la famille, nous y trouvons des renseignements précieux, fort importants au point de vue de la situation mentale de cette jeune fille; ils nous permettent en quelque sorte d'assister au début comme aux diverses phases de la maladie et nous paraissent par conséquent devoir être rapportés avec quelques détails.

Les parents nous racontent que Mélanie Ott s'est fait, à l'âge de huit ans, une blessure grave à la tête en tombant sur l'un des coins d'un poêle en faïence. Cette blessure ne s'est cicatrisée qu'après un traitement de vingt-deux mois dirigé par M. le docteur Joyeux; ce dernier manifestait déjà la crainte qu'il n'en résultât pour la suite des circonstances fâcheuses.

C'est en effet seulement à partir de cette chute que l'on commence à s'apercevoir de certaines bizarreries. Mélanie Ott, par exemple, se mettait à couper en morceaux sans motif ses vêtements, le duvet de son lit, etc... ; il lui arrivait souvent de quitter la maison paternelle pour des journées entières, elle passait des nuits dans une voiture faubourg de Saverne, et rentrait à la maison à demi morte de froid. On la voyait en même temps afficher un singulier mépris pour sa mère, elle répétait qu'elle n'était pas sa fille, et que la famille Ott avait reçu une somme d'argent pour la soigner. Ces sentiments fâcheux, cette idée bizarre qui devait de jour en jour prendre plus de fixité dans l'esprit de cette jeune fille, peuvent avoir eu leur point de départ dans d'autres circonstances que nous aurons à examiner tout à l'heure.

Mais c'est à l'âge de treize ans que commencent une série d'extravagances, qui vont toujours en s'aggravant. On s'aperçoit d'abord qu'une somme de 60 francs avait disparu en deux fois; Mélanie avait dépensé cet argent en café, chandelles,

©BIUM

pain, etc., qu'elle distribuait aux pauvres du quartier, en se disant la fille d'un commissaire du bureau de bienfaisance chargée de porter des secours à domicile. Peu de temps après elle disparaît de chez elle pendant trois jours pour aller soigner la petite fille d'un éclusier du canal du Rhône au Rhin, qu'elle connaissait à peine. Elle témoigne toujours la plus grande aversion pour la maison de ses parents et préfère se soumettre chez d'autres aux plus rudes travaux. C'est à cette époque que M. le docteur Eissen, consulté, donne à diverses reprises le conseil de la faire traiter à l'établissement de Stéphansfeld. Ses conseils échouent devant l'hésitation de la mère qui espérait voir disparaître cette malheureuse disposition avec l'âge.

Au commencement de l'année 1853, elle quitte de nouveau la maison, emportant une somme de 45 francs, une chaîne et une épingle en or; elle met des habits de garçon et se fait passer pour le fils d'un grand d'Espagne, tyrannisé pour sa religion et abandonné sur la grande route. Une foule de personnes s'émeuvent au récit de tant de malheurs subis à un âge si tendre, et pendant plus de quinze jours elle peut jouir à son aise de l'impression générale produite par l'histoire romanesque qu'elle a débitée avec ce naturel et cet imperturbable aplomb, que savent seulement présenter à ce degré des malades exaltés et convaincus de l'importance du rôle fantastique qu'une folle imagination leur met en tête et avec lequel ils finissent par s'identifier entièrement.

Pendant plus de huit jours, elle trompe l'œil exercé d'un commissaire de police qui lui prodigue les soins les plus paternels, et pendant trois autres jours un inspecteur de police de Strasbourg lui montre avec un bienveillant empressement les principaux monuments de sa ville natale, sans que pendant tout ce temps elle se soit une seule fois trahie. Reconnue enfin pour une fille, et placée à la maison de correction, elle est rendue à sa famille, après que son état d'aliénation mentale eut été constaté par des certificats émanés des docteurs Eissen et Joyeux.

©BIUM

Elle disparaît de nouveau de chez elle en 1854, emportant 5 francs et elle va se mettre en service chez des paysans d'une commune du département de la Meurthe. Recommandée par le curé de cette commune, elle est admise dans la famille de M. Jaillot, commissaire de police à Sarrebourg, dont la femme sans enfant voulait depuis longtemps adopter une jeune fille. Pressée de questions, elle finit par indiquer sa véritable origine et est renvoyée à sa famille.

Mais la même année elle s'échappe encore, ayant pris cette fois 150 francs, et trois jours après, elle se présente habillée en garçon sous les noms de Mac-Grégoire Bernadotte de Beauharnais, au supérieur du petit séminaire de Saint-Sulpice. Reconnue de nouveau pour une fille, elle est admise à l'orphelinat de la rue des Postes à Paris; elle y reste dix-huit mois et finit par s'évader.

Pendant son séjour dans cet établissement elle fait parvenir à la supérieure des lettres de recommandation qui étaient sensées écrites par d'illustres personnages.

Dans ces derniers temps, la maladie et la mort d'une de ses belles-sœurs rendent impossible une surveillance rigoureuse à son égard; nous avons vu qu'elle en avait profité pour se livrer encore à de nouvelles extravagances. Ajoutons enfin que depuis quelque temps elle suivait un traitement du docteur Libermann, pour de fréquents maux de tête.

Il est à remarquer qu'après chaque absence elle rentrait à la maison aussi naturellement que s'il ne s'était passé rien d'extraordinaire, elle ne montrait ni embarras, ni repentir; on aurait pu croire qu'elle venait de faire une simple course.

Habituellement elle dort peu, des maux de tête la tourmentent surtout le matin. Quelquefois sa figure se colore fortement et devient comme bouffie. Depuis un an, elle a eu trois attaques de nerfs avec perte de connaissance à la suite de légères contrariétés.

Les parents nous donnent d'autres renseignements non moins

©BIUM

précieux. Quoique en apparence modeste, Mélanie Ott est continuellement dominée par des idées de vanité; elle est sans cesse préoccupée du désir de se distinguer. Elle aimait beaucoup la lecture et lisait souvent en cachette, elle s'était particulièrement passionnée pour les histoires et les héros du siècle de Louis XIV.

Il ne nous paraît pas ici sans intérêt de mentionner une circonstance spéciale qui a pu dès l'origine imprimer une certaine direction à la nature même de son délire. Une demoiselle propriétaire de la maison que la famille Ott habitait pendant dix-neuf ans avait plusieurs fois raconté qu'elle-même était la fille adoptive d'une dame dont elle portait le nom, et qui avait à cette occasion reçu une somme d'argent, à l'aide de laquelle la maison avait été achetée. Elle parlait souvent de la position influente d'une famille d'Allemagne à laquelle elle disait appartenir; ces discours tenus maintes fois devant Mélanie Ott paraissent avoir fait sur celle-ci une profonde impression.

Quoi qu'il en soit, nous aurons tout à l'heure l'occasion de voir se reproduire à chaque instant des idées fixes particulières qui forment pour ainsi dire le canevas et comme le pivot autour duquel viennent se grouper toutes sortes de créations fantastiques, fournies par les lectures indigestes et l'imagination naturellement exaltée de la malade, dont nous allons succinctement résumer l'interrogatoire.

Nous faisons notre première visite à la prison le 24 octobre dernier. Mélanie Ott se présente à nous sans embarras, mais sans offrir rien d'exagéré ou de prétentieux dans sa tenue extérieure.

Elle nous parle plutôt avec une espèce de timidité; ses réponses sont nettes et toujours faites sans la moindre hésitation. Quand, pressée de questions, on lui fait toucher du doigt les contradictions dans lesquelles la font nécessairement tomber les histoires qu'elle nous raconte, elle se contente de répondre : *Je ne sais pas comment cela se fait, mais ce que je dis est certainement vrai.*

©BIUM

Cette jeune fille nous paraît bien conformée, sa taille est un peu au-dessous de la moyenne ; elle est d'un tempérament lymphatique, sa physionomie exprime la douceur.

Elle porte à la région temporale droite une cicatrice étendue, et à l'angle externe de l'arcade sourcilière du même côté on remarque un enfoncement assez considérable, suite d'une déperdition de substance qui paraît intéresser une grande partie de l'épaisseur des os du crâne.

Cette cicatrice est bien évidemment le résultat d'une blessure ancienne, profonde et extrêmement grave, surtout à cause de la région même qu'elle occupe et de son voisinage avec l'organe cérébral, pour lequel elle est sans doute encore le point de départ d'une irritation spéciale, déjà suffisante pour nous expliquer certains phénomènes de la maladie et les accidents de céphalalgie dont nous avons déjà parlé. Cette blessure a nécessité un traitement d'une longue durée, d'environ vingt-deux mois, malgré les soins assidus de l'un de nos collègues les plus distingués.

L'œil du même côté est le siége d'une cataracte qui en rend la fonction complétement impossible ; hâtons-nous de dire que cette infirmité remonte déjà à une époque antérieure à l'accident dont nous avons parlé.

L'œil gauche ne présente rien de précisément anormal ; cependant la pupille de ce côté offre une dilatation exagérée, qui vient faire un contraste frappant avec la contraction forcément anormale de la pupille du côté opposé. Ces phénomènes de dilatation inégale ou exagérée de la pupille ne sont pas une des particularités les moins intéressantes à étudier chez les aliénés (1) ; ils ne paraissent toutefois chez Mélanie Ott ne se rattacher que bien médiocrement à son état mental.

(1) Les inégalités de dilatation des pupilles s'offrent chez les aliénés dans diverses circonstances ; on en rencontre particulièrement dans les formes de délire qui s'accompagnent de paralysie ou qui tendent vers

©BIUM

Les fonctions organiques semblent se faire d'une manière normale ; cependant Mélanie se plaint de toux habituelle, elle éprouve une douleur fixe au côté droit de la poitrine. L'auscultation et la percussion ne nous fournissent rien de particulier ; il existe seulement au premier temps du cœur un léger bruit de souffle. La menstruation paraît se faire moins régulièrement depuis quelque temps ; la fille Ott nous semble atteinte d'un commencement de chlorose.

Elle dort peu la nuit ; déjà les parents nous avaient rendus attentifs à cet égard. *Je ne pleure jamais le jour*, nous dit-elle, *mais la nuit je verse quelquefois des larmes ; c'est au lit surtout que je me sens à l'aise et que j'aime à m'entretenir avec les miens.*

Elle nous raconte qu'elle éprouve de temps à autre des sensations particulières, qui se caractérisent par un malaise indéfinissable et des angoisses précordiales.

Elle ressent alors comme un resserrement de la poitrine, et la respiration devient gênée ; il existe en même temps des palpitations. Les accès se produisent évidemment sous l'influence d'un état nerveux spécial ; ils s'accompagnent d'ailleurs de maux de tête, et du retour plus marqué des préoccupations habituelles et des idées fixes de la malade. Alors les pensées les plus étranges viennent traverser son esprit, elle est dominée par un impérieux désir de rejoindre la famille à laquelle elle croit appartenir. Puis des craintes vagues l'agitent ; elle a peur que ses droits ne viennent pas à être reconnus, que ses papiers ne puissent être définitivement réglés et qu'elle soit toujours obligée de retourner dans la famille Ott, qu'elle n'aime pas et dont elle est seulement la fille adoptive. Mélanie s'anime surtout lorsqu'on revient sur les particularités qui concernent son origine prétendue.

---

cette fâcheuse terminaison, dans quelques affections mentales chroniques et dans quelques cas aigus d'aliénation, qui se compliquent d'extase ou d'une sorte de surexcitation cérébrale.

©BIUM

Interrogée au sujet de l'endroit où elle se trouve et des motifs qui ont déterminé sa séquestration, elle nous répond qu'elle est dans un château fort, où elle doit attendre que ses papiers soient en règle et ses droits définitivement reconnus. Cette expression ambitieuse de château fort nous ayant frappés, elle finit cependant, sur nos observations pressantes, par convenir qu'elle est en prison et que les personnes qui l'entourent sont des prisonnières.

Elle dit avoir la plus grande sympathie pour ces malheureuses dont la plupart, suivant elle, sont parfaitement innocentes des crimes dont on les accuse, et qui sont loin de mériter les punitions qu'on cherche à leur infliger. Quant à elle, elle ne sait pas quand elle sortira de cette prison, ce sera probablement quand ses papiers auront été envoyés à sa famille adoptive. Dès qu'elle pourra sortir, elle partira pour l'Allemagne rejoindre définitivement ses véritables parents. Là-dessus elle nous raconte qu'elle est la fille d'un prince de Montespan et d'une princesse de Hohenzollern. Dès son jeune âge elle a été amenée à Strasbourg et confiée à la famille Ott, qui reçoit pour la soigner une certaine somme d'argent. Si on lui demande d'où elle tient ces renseignements, elle se contente de répondre que c'est là une chose bien certaine, qu'elle en est parfaitement sûre et que cela ne peut manquer de se découvrir plus tard. Il est d'ailleurs impossible de la détromper à cet égard.

Elle avoue les nombreux vols qu'elle a commis et n'y voit aucun mal. Mais, lui dit-on, voler, c'est mal faire. Elle se borne à répondre qu'elle n'avait pas cru qu'elle faisait des vols.

Elle ne semble pas d'ailleurs être le moins du monde frappée des observations qui lui sont faites, et sous ce rapport les objections pénètrent difficilement dans son esprit.

Nous lui demandons si au moment où elle allait prendre ainsi ces objets qui ne lui appartenaient pas, elle n'était pas un peu émue, tremblante ; en un mot, si elle ne sentait pas en elle quelque chose qui l'avertissait qu'elle faisait mal ? *Rien de pa-*

©BIUM

reil ne se passait en moi, nous répond-elle ; *au contraire j'étais contente, j'allais porter tous ces objets chez une pauvre femme de la rue du Foulon, qui était bien heureuse de ce que je lui apportais.*

Elle ne sait pas du reste pourquoi elle prenait ainsi, elle y était poussée, elle obéissait aveuglément à des impulsions dont il lui est difficile de se rendre compte.

Elle nous dit encore qu'elle est en relations fort amicales avec M. le baron Renouard de Bussières, et qu'elle était souvent invitée par la mère de M. Renouard à venir dîner à la campagne. Elle connaît aussi beaucoup M. le général de division Reibell ; c'est à lui qu'elle destinait une croix d'argent trouvée en sa possession et dont elle ne peut ou ne veut nous indiquer le légitime propriétaire.

Si nous lui demandons quels sont les sentiments qui l'animent à l'égard de la famille Ott, elle nous déclare franchement qu'elle n'aime pas cette famille ; elle sait d'ailleurs qu'elle n'en est pas aimée, puisqu'elle est seulement une fille adoptive ; elle préfère de beaucoup vivre au milieu de personnes étrangères.

Interrogée sur les divers épisodes de sa vie, elle entre dans les détails que nous connaissons déjà.

Mais, lui dit-on, quand vous vous êtes présentée à Hoerdt sous le nom de Cornélie Mendoz de Montespan, vous saviez bien que vous n'étiez pas un garçon, et par conséquent vous vouliez en imposer. Elle ne sait pas, répond-elle, pourquoi elle a fait cela, elle croit qu'elle était forcée de le faire ; et d'ailleurs elle nous affirme avoir reçu l'autorisation de M. le préfet de Strasbourg de s'habiller en garçon et de porter le nom de Montespan, elle assure avoir parlé à cette occasion à M. le préfet lui-même.

De même pour le rôle qu'elle va jouer à Paris sous le nom de Mac Gregor de Beauharnais, elle prétend avoir reçu une autorisation du préfet de police de Paris lui-même. On sent ici, à ses réponses faites sans la moindre hésitation, qu'elle est le

©BIUM

jouet d'une illusion complète, et qu'elle prend pour des faits accomplis les idées et les projets qui lui passent par la tête. Cette croyance erronée qui voit si facilement disparaître les obstacles naturels à l'exécution de certains desseins est un phénomène que l'on observe communément chez les aliénés.

Nous demandons encore à Mélanie Ott si elle n'était pas honteuse de se trouver à deux reprises différentes au milieu de garçons; elle répond qu'elle ne voit pas trop quel mal il pouvait y avoir. D'ailleurs, ajoute-t-elle, elle a toujours couché dans une chambre séparée.

L'idée de mariage ne paraît pas avoir beaucoup germé dans son esprit; cependant elle doit, dit-elle, épouser un M. de Montigny, qui est en ce moment à Paris.

Lorsqu'elle allait retenir une chambre à l'hôtel de Paris, c'était bien réellement pour y attendre la vicomtesse de Holstein; elle est persuadée qu'elle est en ce moment arrivée à Strasbourg.

Elle se plaint amèrement d'avoir été insultée par son avocat, qui voulait la faire passer pour folle; elle ne comprend pas comment M. le président du tribunal a pu souffrir une pareille injure.

Elle préfère de beaucoup être condamnée plutôt que d'être considérée comme étant atteinte d'aliénation. Si elle est condamnée, elle en rappelle à Colmar, puis en cassation, etc.

Elle ne se rend d'ailleurs nullement compte de notre visite; nous sommes des médecins, et cela est par conséquent bien naturel que nous venions la visiter.

Elle convient également qu'elle aime beaucoup la lecture et que tout ce qui a rapport au siècle de Louis XIV l'intéresse vivement.

Il lui est impossible d'indiquer avec quelque précision depuis quand elle est en prison. Ici la mémoire fait évidemment défaut, ce qui résulte de ses explications qu'elle est atteinte d'hallucinations de l'ouïe et de la vue, qui se reproduisent à certains moments de la journée et de nuit. Ainsi, lorsque autour

©BIUM

d'elle on garde un silence absolu, elle au contraire *ne cesse d'entendre du bruit*. Elle est alors tourmentée par une sorte de bourdonnement qui la fatigue et l'irrite quelquefois. De temps à autre elle entend des paroles assez distinctement prononcées, telles que celles-ci : *Vicomtesse de Holstein*, ou bien : *Tu ne partiras pas*. Presque toujours elle voit devant elle un trou profond dans lequel elle craint de tomber. Ces hallucinations se montrent surtout quand elle est livrée à ses propres réflexions, et elle pense que si on la laissait lire ou écrire, elle en serait moins tourmentée.

La sœur de la prison, qui ne remarque chez elle rien de bien particulier, dit cependant qu'elle est d'une grande susceptibilité et qu'elle ne peut supporter les moindres observations.

Telles sont en résumé les réponses que Mélanie Ott fait à nos diverses questions, et cela avec simplicité et d'un ton de bonne foi et de parfaite conviction.

Elle nous remet, à l'une de nos visites, un mémoire volumineux qu'elle-même a rédigé avec rapidité et que nous joignons à ce rapport; il pourra servir pour le tribunal d'élément d'appréciation. Ce factum, écrit avec facilité et dans un style essentiellement romanesque, est émaillé de nombreuses fautes d'orthographe. Nous en extrayons seulement les passages les plus importants.

Le mémoire porte le titre suivant :

« *Souvenirs depuis mon enfance jusqu'à l'âge de vingt et un ans et huit mois.*

» Le 24 octobre 1857, Strasbourg, en la prison civile.

» Messieurs,

» Vous m'avez demandé que je vous fasse connaître les souvenirs depuis mon enfance jusqu'à présent.

» Je confie donc au papier les secrets les plus mystérieux, les plus cachés. Je vous prie de vouloir bien excuser mon style

©BIUM

incorrect, et très fautif; je le fais selon mon pouvoir, vous verrez ma bonne volonté, et cela doit suffire. Au reste vous savez fort bien que je ne suis pas philosophe.

» J'appartiens à une famille très distinguée, mais à présent cachée, retirée des affaires du grand monde; mais je pense et je l'espère qu'elle reparaîtra dans quelque temps.

» Je suis née le 1er février 1837, à Paris, rue Saint-Dominique-Saint-Germain ; mon père est Français et ma mère d'origine allemande. J'ai été baptisée à Paris à l'église Saint-Sulpice, et je reçus le nom d'Anne de Chateaubourg; ma mère est morte en donnant le jour à mon frère et à moi. Mon père était l'ennemi mortel du duc d'Orléans, ce qui le fit enfermer comme criminel d'État; il avait été en relation secrète avec le roi de Prusse, et cette correspondance avait servi de prétexte pour le faire enfermer. Ce n'est qu'en 1848 qu'il parvint à s'échapper.....

» MM. de Montigny, de Strada, de Pasquier et de Beauregard, ses amis, facilitent son évasion; M. de Vaillant, actuellement ministre, le craignait beaucoup, et l'a fait exiler de France pour le reste de sa vie. Cependant il aurait pu rentrer en France, s'il avait voulu se soumettre aux conditions suivantes : 1° faire un acte de soumission; 2° son fils n'aurait plus le droit de porter le nom de Chateaubourg.....

» Naturellement, ajoute-t-elle, son père ne pouvait consentir à de semblables conditions; depuis son frère se bat en duel, il est grièvement blessé et va mourir à Francfort.

» Quant à moi, continue Mélanie, après la mort de ma mère, je fus mise en nourrice et élevée dans un souterrain à Stockholm, et de là confiée à la famille Ott, etc.....

» Un jour, je me suis heurté la tête au marbre du poêle, j'ai failli mourir, car je m'étais blessée à la tempe, et je m'étais fracassé la cervelle; on me fit une opération. M. Joyeux, qui restait dans la maison, m'a guéri entièrement. Je n'ai jamais eu d'autre maladie, mais je suis sujette au mal de tête ou plutôt à

©BIUM

un chatouillement qui m'attaque tellement les yeux, que le lendemain, quand le mal de tête a disparu, je ne puis les tourner à mon aise.

» J'ai continué à aller en classe jusqu'à l'âge de dix-sept ans, où je fus placée chez des sœurs, rue Saint-Louis, pour prendre quelques leçons et pour apprendre à coudre. Cela ne me plaisait guère; il fallait garder le silence, je devenais triste, *je m'abandonnais à des pensées, et bientôt je n'étais plus maîtresse de moi-même.....*

» J'avais résolu de quitter ma famille adoptive pour aller dans la mienne, je suis allée m'adresser à M. le curé de Hoerdt; j'avais obtenu la permission à la Préfecture de prendre le nom de Cornélie Mendoz de Montespan. Après avoir été placée à la maison de correction, mes parents sont venus me rechercher au moment où je m'y attendais le moins, je voyais mon affaire qui n'avait pas réussi comme je voulais. *J'étais obligée de renoncer à mon nom pour reprendre celui de Mélanie Ott*, dès lors je n'aimais plus rester à la maison.....

» Tout ce que je faisais n'était pas bien, toujours grondée pour la moindre chose, on n'écoutait plus ce que je disais; en un mot, tout était de travers, à les entendre; et cependant je travaillais comme à l'ordinaire. *Je commençais à m'apercevoir qu'on ne m'aimait plus*, et qu'on avait plus de prédilection pour mes frères et sœurs que pour moi. Je ne pouvais pas leur en vouloir, *cela ne serait guère naturel d'aimer une enfant adoptive comme sa propre enfant*. Cependant quand je voyais tout cela, je ressentais des moments de tristesse; je songeais à mon véritable père, ainsi qu'à mon frère, et alors je pleurais très souvent, surtout la nuit. Je me consolai dans l'espérance d'un meilleur avenir; mais il fallait avoir de la patience, et malheureusement je n'en ai pas.

» Il s'est passé quelques années dans bien des tourments, quand un jour, je fus avertie de venir à Paris auprès de mon grand-père de Chateaubourg, qui était très âgé. Comment fal-

©BIUM

lait-il faire? Jamais on ne m'aurait laissé partir, mes parents n'agissaient que dans leur intérêt et non pas dans le mien, car ma pension aurait été retirée aussitôt que je serais rentrée dans ma propre famille. Je me suis donc arrangée en conséquence, etc..... »

Puis, après avoir raconté comment elle s'était présentée au supérieur du grand séminaire de Saint-Sulpice à Paris, et comment elle a été conduite à la maison des orphelines du couvent de l'Enfant-Jésus, elle ajoute que cette dernière maison a été fondée par la *duchesse d'Angoulême*, pour les orphelines nobles sans fortune.

« Je m'y plaisais parfaitement, dit-elle, je commençais à aimer la solitude, j'ai pris un goût particulier pour la lecture; c'était toujours avec une grande impatience que j'attendais l'heure de la récréation pour pouvoir m'abandonner à mon aise à mes réflexions, ou bien pour faire la lecture, en tricotant pour les pauvres. Jamais mes récréations ne se passaient autrement. La mère supérieure recevait souvent des lettres de ma famille, elle était surtout en correspondance avec la *reine Joséphine;* quand il y en avait une à mon adresse, elle ne me la remettait pas, cependant j'ai reçu une fois *une lettre de la reine Joséphine* à l'insu de la mère supérieure. C'était une lettre très affectueuse, elle me demandait si je me rappelais les visites qu'elle me faisait la nuit au souterrain et les présents qu'elle m'apportait. »

Plus loin Mélanie Ott revient sur ses accès de tristesse. « *Mes pensées*, dit-elle, *surpassaient alors ma force;* j'étais continuellement tourmentée. Le jour cela se passait encore, mais la nuit je n'ai jamais pu me surmonter..... »

Revenue de nouveau à Strasbourg, elle conçoit bientôt le projet d'aller en Allemagne retrouver la vicomtesse de Holstein; une seule chose l'arrête : sa mère adoptive a des chagrins, elle a peur de lui causer par son départ de nouveaux tourments. « Mais cela n'empêchait pas, ajoute-t-elle, que je ressentais une

©BIUM

vive contrariété; je savais que je n'appartenais pas à cette famille, où l'on me regardait comme une étrangère, où l'on me parlait toujours avec mépris; cela me faisait mal au cœur, et je voyais que cela ne pouvait aller ainsi longtemps..... »

Toujours les mêmes idées reviennent; les mêmes sentiments d'antipathie se rencontrent à l'égard de ses parents, elle se sent humiliée de vivre au milieu de cette famille Ott.

« Ma mère et mes sœurs, dit-elle plus loin, faisaient tout au monde pour m'empêcher de lire, malgré cela je trouvais moyen de le faire. J'avais mes poches remplies de feuilles de journaux ou d'autres choses, car je ne pouvais m'empêcher de laisser la lecture de côté. J'aimais beaucoup les histoires qui avaient le plus de rapport avec ma vie, ainsi que les voyages, les campagnes des grands hommes, les poëtes et les personnages les plus célèbres. »

Puis se reproduisent encore les mêmes récriminations. « *J'étais toujours regardée comme la dernière, naturellement puisque je ne leur appartenais pas.* On ne voulait ni de mes conseils, ni de mes services. Toujours mes sœurs, jamais moi. Je n'osais me plaindre.

» Une semaine après la mort de ma belle-sœur, on m'a conduite dans cette forteresse : on prétend que j'ai mal fait en exerçant mes œuvres de charité. » Elle parle ensuite le plus naturellement du monde des vols qu'elle a commis à la gare du chemin de fer. « Voilà, Messieurs, continue-t-elle, les motifs pour lesquels je suis ici; pour savoir le reste, lisez les journaux qui vous en diront davantage. Je conviens de tout, j'ai subi un interrogatoire, puis un jugement où l'on m'a insultée.

» Vous ne vous figurez pas que mon avocat m'a traitée de folle, et ces messieurs du tribunal ont été assez lâches pour l'écouter. »

Elle termine en s'irritant contre le rédacteur du journal, qui, lui aussi, cherche dans son article à la faire passer pour folle. Certainement, dit-elle, il n'a jamais envoyé rédiger son

©BIUM

journal à Paris; elle se chargera, quand elle sera libre, de lui faire voir qu'il n'est guère rusé pour écrire son journal. » Enfin nous citons cette dernière phrase qui peut nous faire craindre que cette malheureuse jeune fille ne soit de temps à autre dominée par des idées de suicide. « *Je m'ennuie tellement, que si cela devait continuer, je serais obligée d'abréger mes jours.* »

On nous pardonnera ces longues citations, elles nous ont paru utiles pour faire apprécier à leur véritable jour toutes les sensations, toutes les impressions, toutes les convictions erronées qui tour à tour viennent bouleverser l'esprit de Mélanie Ott; elles sont comme un tableau vivant, et fournissent à elles seules la meilleure démonstration et l'idée la plus complète de sa situation mentale. Nous serons courts dans les considérations qui vont suivre et dans lesquelles nous nous bornerons à examiner la valeur des circonstances que nous avons exposées avec quelques détails.

Examen des phénomènes pathologiques que présente Mélanie Ott. — Si nous venons à jeter un coup d'œil rapide sur l'ensemble des phénomènes morbides que présente cette jeune fille, nous pouvons facilement nous convaincre qu'une altération profonde a envahi successivement la plupart de ses facultés.

La sensibilité morale a subi une évidente transformation chez la fille Ott, ainsi qu'on le rencontre peut-être sans exception chez les individus frappés d'un état d'aliénation, surtout à la période de développement de leur maladie. La perversion des sentiments qu'elle nous offre en ce moment ne peut aller qu'en s'aggravant, à mesure que le délire lui-même prendra une forme de plus en plus déterminée, et que les conceptions fausses exerceront sur sa volonté une action de plus en plus décisive. Nul doute alors que la malade ne devienne une cause de danger sérieux, ou tout au moins d'inconvénients graves.

L'intelligence, considérée dans ses diverses parties, présente

©BIUM

à la fois une sorte de faiblesse qui fausse le jugement, arrête l'attention, empêche de saisir la portée de certains raisonnements, et en même temps une espèce d'excitation qui tient en partie à une imagination naturellement exaltée, à des lectures passionnées et à des discours merveilleux, tenus à un âge où les impressions vives se conservent d'une manière indélébile. Cette excitation fournit à la mémoire tous les éléments du délire systématique, dont nous résumerons tout à l'heure les principaux caractères.

La conscience de Mélanie Ott est frappée d'un certain degré d'imperfection ; quelque peine que nous prenions, nous n'arrivons pas à lui faire saisir la moralité des actes auxquels elle se livre. Dans ces conditions, sa volonté n'est plus libre, elle n'a plus le choix entre telle ou telle détermination ; elle n'a plus qu'un mobile, qu'un seul but, celui d'arriver par tous les moyens possibles à reconquérir la position importante à laquelle elle croit avoir des droits légitimes.

Si nous remontons à l'origine des faits, nous voyons une cause première dominer la scène pathologique, en être en quelque sorte le point de départ ; nous voulons parler de cette blessure grave faite à une période peu avancée du développement organique, et qui a laissé à la région temporale une cicatrice étendue.

M. le docteur Joyeux constate, dès l'origine, des anomalies du côté de l'intelligence qui lui donnent pour la suite des craintes sérieuses. On conçoit en effet qu'une forte contusion, peut-être un enfoncement des os du crâne, la formation d'esquilles, les abcès multiples qui se sont consécutivement développés, aient pu développer un état d'irritation subinflammatoire à la région contiguë de l'organe cérébral. Cet état subinflammatoire doit avoir laissé des traces que des soins ultérieurs seront peut-être insuffisants à faire disparaître.

Mélanie Ott éprouve des symptômes physiques parfaitement en rapport avec cette fâcheuse lésion : elle est sujette à des

©BIUM

maux de tête quelquefois violents et qui ont pour siége principal le côté droit de la tête; il existe en même temps une tension fatigante à la région du front, et quand la douleur a persisté pendant quelque temps, il lui devient impossible de se servir de ses yeux. Si nous ajoutons des sensations nerveuses spéciales, des angoisses, une sorte de chatouillement dans diverses parties du corps, une irritabilité habituelle, enfin quelques rares attaques avec perte de connaissance, nous aurons un ensemble de phénomènes morbides qui doivent être pris en sérieuse considération.

Cette blessure a pour nous encore, au point de vue de l'état mental, une signification pathogénique importante; elle s'est accompagnée de phénomènes psychiques spéciaux, et que nous avons presque toujours vus survenir dans les cas de lésions traumatiques du crâne. Le délire qui repose sur une exagération du sentiment de la personnalité, les idées de grandeur, de puissance, cette forme d'aliénation que l'on a désignée sous le nom de *monomanie ambitieuse*, en est souvent la conséquence.

Soit qu'il existe quelques adhérences méningitiques, soit qu'à la surface interne du crâne il se soit formé une saillie correspondante à l'enfoncement que l'on remarque à l'intérieur, et qui viendrait produire une compression irritante ou gêner le mouvement du cerveau, l'altération, quelle qu'elle puisse être, ne peut manquer, si elle venait à faire de nouveaux progrès, de donner lieu à d'autres accidents fâcheux, tels que des attaques épileptiformes, des symptômes de paralysie, etc.

Mélanie Ott nous a dit elle-même, à diverses reprises, que depuis cette chute toute étude lui était devenue difficile et extrêmement fatigante; nous nous croyons donc fondés à voir dans cette blessure une cause prédisposante de l'état mental qui s'est ensuite développé d'une manière progressive.

C'est à l'âge de treize ans que Mélanie Ott commence une série d'excentricités qui vont toujours en s'aggravant. C'est aussi entre treize et quatorze ans que s'est établie chez elle

©BIUM

l'époque de la puberté! Cette période d'évolution organique, dont nous n'avons pas besoin de retracer ici les principaux caractères de l'ordre moral, imprime d'habitude une influence remarquable sur le développement de certaines affections. C'est à cet âge où l'impressionnabilité devient plus vive, où l'on voit se manifester des instincts, des idées qui jusqu'alors n'existaient qu'à l'état de germe, c'est alors qu'apparaissent les premiers symptômes d'affections spasmodiques, d'états nerveux, de névroses, qui finissent par revêtir un cachet de plus en plus caractéristique. Quoi qu'il en soit, cette période a pu, elle aussi, favoriser le développement des phénomènes qui ont été exposés plus haut.

La perversion des sentiments est un symptôme caractéristique de l'aliénation mentale : elle est manifeste chez Mélanie Ott. Chez elle, les liens naturels qui rattachent les enfants aux parents se sont non-seulement affaiblis, mais encore pervertis. Cette antipathie qu'elle éprouve pour sa famille lui fait penser qu'elle n'en est pas aimée, et ce défaut d'affection dont elle se croit entourée, elle l'explique dans le sens de son délire.

Quoi de plus naturel ! répète-t-elle souvent, *la famille Ott ne peut m'aimer, puisque je suis une fille adoptive, comment n'aurait-elle pas de préférence pour mes frères et sœurs?* Bien plus, ses parents ont intérêt à la garder, la pension qu'ils reçoivent leur serait retirée si elle venait à les quitter. Cette pensée semble encore l'humilier profondément. Elle avoue même qu'elle aime mieux vivre au milieu de personnes étrangères. Nous la voyons aller soigner l'enfant d'une famille qu'elle connaît à peine et se prendre d'une ardente sympathie pour les prisonnières au milieu desquelles elle est obligée de vivre.

Le délire offre une remarquable systématisation, les idées se répètent toujours dans le même ordre, roulent dans le même cercle. Mélanie est sans cesse préoccupée du désir de rejoindre la puissante famille à laquelle elle croit appartenir. Que l'on y regarde de près, et l'on ne verra chez elle d'autre mobile à ses

©BIUM

actes que celui de donner satisfaction à son orgueil maladif et à de vaniteuses préoccupations.

Ce délire se manifeste de mille manières, mais toujours sous la même forme, dans sa conversation comme dans ses écrits et ses actes. L'histoire de sa vie est une sorte de répétition des histoires merveilleuses qu'elle a lues ou entendu raconter et des héros pour lesquels elle s'est passionnée. L'influence de l'imitation est ici manifeste.

Elle a commis un nombre considérable de vols, mais il est curieux d'examiner l'emploi qu'elle fait des choses volées, et là encore nous verrons se révéler dans tout son jour la nature de ses conceptions délirantes. Souvent elle vole sans se rendre compte des motifs qui l'y poussent; elle obéit, elle-même en convient, à des impulsions aveugles. *Cela me prend ainsi*, dit-elle quelquefois. Les objets qu'elle a soustraits sont en partie employés à faire des heureux, à accomplir des œuvres charitables; elle achète du café, des chandelles, etc., pour les distribuer aux pauvres. Certes, on trouverait peu de voleurs mus par de semblables motifs. Elle n'a certainement pas la conscience du mal qu'elle fait. Non-seulement elle n'y voit rien de blâmable, mais encore elle s'en glorifie; tout ce qu'elle prenait, elle le donnait à une pauvre femme de la rue du Foulon, et celle-ci en paraissait heureuse.

Nous pourrions ici discuter la question de savoir si quelques aliénés n'ont pas la conscience du mal qu'ils font, et si même, en se plaçant à leur propre point de vue, ils ne se laissent point aller quelquefois à des entraînements qu'ils pourraient dominer, et dont ils peuvent alors encourir jusqu'à un certain point la responsabilité. Cette discussion serait dans le cas particulier hors de propos. Mélanie Ott, nous l'avons dit, nous paraît saisir imparfaitement la moralité des actes auxquels elle se livre.

Nous avons vu qu'elle était sujette à des phénomènes les plus communs de l'aliénation, nous voulons parler des illusions.

©BIUM

Une idée vient-elle à prendre naissance dans son esprit, qu'elle revêt bientôt les caractères d'un fait accompli. Mélanie prend facilement une personne pour une autre, et la parole la plus insignifiante devient pour elle une réponse, un acquiescement à une autorisation qu'elle croit avoir demandée. C'est ainsi que tout autour d'elle concourt à multiplier ses convictions erronées; elle s'assimile tout, l'interprète dans le sens de son délire.

La fille Ott est de plus sujette à des hallucinations : elle voit devant elle un trou profond dans lequel elle craint à chaque instant de tomber, elle entend un bruit confus, une sorte de bourdonnement, quelquefois des paroles distinctes. Nous n'avons pas besoin d'insister sur la valeur d'un symptôme qui appartient essentiellement au délire des aliénés.

Le naturel parfait, l'incroyable assurance que mettent certains aliénés à débiter des histoires absurdes, peuvent seuls nous expliquer le crédit qu'ils obtiennent même auprès des personnes les moins disposées à se laisser entraîner aux séductions du merveilleux.

Mélanie Ott est à cet égard un exemple remarquable. Fille ou garçon, elle en a imposé à tous ceux qui se sont trouvés en rapport avec elle, et pour cela elle n'a pas eu besoin de faire preuve d'habileté, ni de se préparer à l'avance. Nous sommes même persuadés qu'il lui serait impossible de jouer avec succès quelque autre rôle qui ne se rattacherait pas directement à la nature même de ses idées délirantes. Tout était chez elle conviction, tout devait être naturel, et c'est ce qui nous fait comprendre comment elle a pu, même au milieu de sa ville natale, tromper d'une manière si remarquable jusqu'aux yeux exercés que la police a l'habitude d'avoir à sa disposition.

La fille Ott témoigne d'ailleurs, nous l'avons dit, d'une certaine faiblesse de jugement, sa pensée ne va guère au delà des idées qui la dominent; elle ne peut prévoir la moindre objection, ni lui opposer quelques raisons plausibles. Son attention

©BIUM

est insuffisante pour saisir la portée de nos diverses observations, elle nous écoute le plus souvent avec indifférence et une évidente distraction; elle s'anime seulement lorsqu'on revient sur le sujet favori de ses occupations.

Sa mémoire est infidèle et ne conserve bien que les idées et les impressions qui se rapportent directement à ses conceptions délirantes. Nous avons vu, entre autres choses, qu'elle ne pouvait se souvenir même approximativement du temps qu'elle avait déjà passé en prison.

Ce sont ses pensées d'orgueil, dans lesquelles elle ne cesse de s'entretenir, qui lui font craindre au plus haut degré de passer pour aliénée; et c'est là encore un caractère commun à la plupart de ces malades qui ne peuvent plus juger sainement des transformations morbides qui se sont produites en eux et des fausses sensations auxquelles ils sont sujets. Ce sont surtout ceux-là que dominent des idées ambitieuses, qui éprouvent le plus cette crainte, et qui, pour ne pas être taxés de folie, témoignent quelquefois d'une force de volonté assez grande pour dissimuler aux yeux de personnes étrangères leur propre situation et les illusions dont ils sont l'objet.

Mélanie Ott tient beaucoup à ne pas être considérée comme atteinte d'aliénation, et cependant c'est la seule circonstance qui pourrait, aux yeux de la justice, enlever à ses actes leur responsabilité morale. Son indignation éclate à la pensée d'une semblable supposition.

Nous ne multiplierons pas davantage les preuves de l'affection mentale dont cette jeune fille nous semble évidemment atteinte. Comme à beaucoup d'aliénés, il lui arrive quelquefois de passer des nuits entières sans sommeil; elle est enfin sujette à divers accidents nerveux, sur lesquels nous avons suffisamment fixé l'attention.

On comprend aussi que nous ne voulions pas nous appesantir sur la valeur de certaines preuves morales. La famille, les personnes qui ont connu Mélanie Ott, n'hésitent pas à admettre

©BIUM

chez elle un dérangement spécial des facultés? Déjà, à deux reprises, M. le docteur Eissen avait donné le conseil de la placer à l'établissement de Stephansfeld.

M. le docteur Libermann certifie également qu'elle est sujette à des accès intermittents d'aliénation, et M. le docteur Joyeux avait émis dans le temps une opinion semblable.

L'attestation si conforme de trois médecins honorables et instruits est une nouvelle preuve dont il est inutile de faire ressortir l'importance.

Les développements circonstanciés dans lesquels nous avons cru devoir entrer nous semblent suffisants pour nous autoriser à formuler les conclusions suivantes aux questions qui nous ont été posées par le tribunal.

Les facultés de Mélanie Ott sont en effet altérées, et cette altération est de nature à enlever à l'inculpée la conscience de ses actes.

Nous ajouterons que dans l'impossibilité où sont les parents de surveiller convenablement cette jeune fille, il est indispensable qu'elle soit placée d'office dans un établissement consacré au traitement de l'aliénation mentale.

Nous joignons à ce rapport le mémoire qu'elle a rédigé à notre demande.

Signé D'EGGS et H. DAGONET.

Fait à Strasbourg le 12 novembre 1857.

©BIUM

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL DE LA NOMMÉE ADELINE SCH...,

PRÉVENUE DE COUPS ET BLESSURES,

PAR

M. LE Dr E. BILLOD,

Directeur-médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Maine-et-Loire.

—

Je soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin en chef directeur de l'asile public d'aliénés du département de Maine-et-Loire, commis par ordonnance de M. le juge d'instruction de l'arrondissement d'Angers, en date du 28 janvier dernier, à l'effet d'examiner la nommée Adeline, femme Sch..., prévenue de coups et blessures sur la personne de ses enfants, et de lui faire un rapport sur sa situation mentale, me suis transporté deux fois à la prison d'Angers, où est actuellement détenue la dénommée, pour y remplir la mission qui m'a été confiée.

De l'examen auquel je me suis livré, en puisant à la triple source des interrogatoires que j'ai fait subir à l'inculpée, de la notoriété publique et du témoignage tant du mari que des trois médecins appelés successivement à examiner la femme Sch..., j'ai déduit le rapport suivant :

L'inculpée est une femme de trente ans, petite de taille, d'un tempérament nervoso-sanguin et d'une constitution qui me paraît être assez robuste. Sa physionomie est assez intelligente et ne traduit, au premier abord, aucun égarement de la raison ; l'expression du visage, sans être précisément celle de la bonté, est loin d'être en rapport avec les actes de méchanceté qui sont attribués à la femme Sch....

©BIUM

Pendant toute la durée de notre première entrevue, l'inculpée ne cesse de sangloter et de répandre des larmes, portant à chaque instant la main sur le sommet de sa tête et s'écriant : *Oh ! ma tête, ma pauvre tête !* Surmontant parfois cette émotion, qui ne peut être feinte, mais que le chagrin de se voir en prison et les soucis de sa cause peuvent jusqu'à un certain point expliquer, elle répond avec lucidité aux questions que je lui adresse et me fait connaître ainsi qu'elle est née à l'île de Rhé (Charente), le 16 juillet 1827, domiciliée à Angers, mariée depuis dix ans ; qu'elle a eu cinq enfants, qu'il lui en reste quatre, trois garçons et une fille. Au souvenir de l'enfant perdu et qui pourrait avoir, dit-elle, cinq ans, l'émotion redouble, les réponses deviennent plus lentes, et la fatigue de l'interrogée nous parut telle que nous crûmes devoir borner là pour une première fois notre interrogatoire.

Pendant notre deuxième entrevue, qui eut lieu trois jours après, l'inculpée, beaucoup moins émue, répond à toutes nos questions de la manière la plus lucide, la plus sensée et la plus précise ; elle commence d'abord par nier les faits qui lui sont attribués, ou tout au moins par en atténuer la portée. « J'ai » bien pu, dit-elle, donner de temps en temps une tape à mes » enfants, comme il arrive à toutes les mères de se le per- » mettre, mais je n'ai jamais été au delà de cette petite cor- » rection, et il est faux que je me sois livrée envers eux aux » odieuses brutalités dont on m'accuse. Il ne l'est pas moins » que j'aie jamais privé mes enfants de nourriture ; la vengeance » seule a pu inspirer de telles calomnies : c'est une affaire, » ajoute-t-elle, entre Dieu et moi. » — L'inculpée me signale ensuite les particularités suivantes de sa santé à de certaines périodes, mais sans avoir remarqué comme son mari que cela se liât toujours aux époques menstruelles ; elle dit éprouver un tremblement nerveux avec une douleur vive, brûlante, sur le sommet de la tête ; elle serait alors d'une impressionnabilité dont rien ne peut donner idée ; tout lui porterait sur les nerfs,

©BIUM

tout l'irriterait, tout l'exciterait à la colère. « Je ne me crois pas » responsable alors, dit-elle, de mes actions et de mes paroles, » car ce n'est pas moi qui agis et parle, ce sont les nerfs. » Elle aurait aussi, paraît-il, parfois des attaques de nerfs avec perte de connaissance complète qui seraient de nature épileptique. A la suite de ces attaques elle percevrait un sifflement dans les oreilles, d'autres fois elle croirait entendre des voix sans voir les personnes qui les profèrent : « Ma vue se trouble » en même temps, dit-elle, et il me passe des éblouissements » et comme des étincelles par les yeux. »

Tous ces renseignements se trouvent corroborés par le témoignage du mari, qui y ajoute des détails desquels il résulte évidemment que la femme Sch... tombe parfois dans des états d'exaltation et de délire auxquels il est impossible de méconnaître les caractères de l'aliénation mentale. M. Sch... croit avoir observé que cette exaltation, dont les premières manifestations remontent à la troisième année de son mariage, quelque temps après la naissance de son premier enfant, coïncidait d'ordinaire avec le retour des époques menstruelles, et il y a lieu de penser, d'après ses observations, que consécutive aux attaques de nerfs, elle en constituait en quelque sorte une phase terminale. Pendant ces périodes d'exaltation, au dire du mari, l'inculpée crie, chante, déclame et bat complétement la campagne; elles sont annoncées par un surcroît d'impressionnabilité tel, que tout devient pour l'accusée motif de s'irriter, et cela indifféremment contre ses enfants ou son mari. Elle peut bien, dit ce dernier, avoir une prédilection marquée pour ceux de ses enfants qu'elle a élevés elle-même, mais pendant ses accès de délire elle ne connaît plus de différence, et elle maltraiterait aussi bien les uns que les autres s'il n'y mettait bon ordre. Quant aux attaques de nerfs, elles paraissent bien, par la perte de connaissance qui les accompagne, aussi bien que par la nature des convulsions, par l'écume à la bouche, etc., avoir le caractère épileptique.

©BIUM

Les actes imputés auraient été singulièrement exagérés, au dire du mari, non pas qu'il nie la tendance à les commettre, mais à cause de la surveillance qu'il exerçait. Et, de fait, M. le docteur Daviers, que M. le juge d'instruction a commis à l'effet de constater les contusions et écorchures que le corps des enfants Sch... pouvait présenter, m'a dit n'avoir constaté aucune meurtrissure qui dût être attribuée à des sévices. M. Sch... m'assure que depuis quelque temps l'irritabilité de sa femme était devenue telle, que la position n'était plus tenable et qu'il était à la veille, lorsque la justice est intervenue, et bien qu'il lui en coûtât, d'en venir aux mesures les plus propres à y mettre fin. Le trouble mental était, dit-il, plus marqué à de certaines époques de l'année, et notamment dans les mois de septembre, octobre, novembre et décembre. Il ne sait s'il y a eu des aliénés, des idiots ou des épileptiques dans la famille de sa femme; l'inculpée elle-même l'ignore également; sa mère est vivante; le père est mort d'un cancer : il était, comme sa fille, très nerveux; elle a deux sœurs dont une est aussi très nerveuse.

L'accusée dit avoir été réglée à douze ans; elle aurait, ajoute-t-elle, commis après la première apparition de ses menstrues l'imprudence de se baigner dans la mer, ce qui lui aurait occasionné une maladie grave, caractérisée surtout par des crampes et de l'enflure des extrémités, et qui aurait duré deux ans.

De l'examen auquel je me suis livré de l'état mental de la femme Sch..., et après l'analyse psychologique la plus attentive, il résulte pour nous que l'inculpée ne présente actuellement aucune aberration de l'intelligence, aucune perversion de sentiments, aucun trouble dans les sensations et dans les volitions qui puisse caractériser une aliénation mentale quelconque. Reste à savoir si elle n'a pas eu antérieurement des accès de délire tels que la folie pût être considérée chez elle comme intermittente, et dont la période de lucidité dans laquelle se trouve actuellement l'inculpée constituerait un intervalle de

©BIUM

rémission. L'affirmative résulte bien des attestations de la femme Sch... et de son mari, et d'après eux, ou plutôt suivant l'interprétation à donner à leurs assertions, la folie serait consécutive à l'épilepsie, et devrait, à ce titre, être considérée comme une des plus dangereuses pour la sûreté des personnes; mais ces attestations dans des bouches nécessairement partiales, ayant dû m'inspirer quelque doute, j'ai dû m'enquérir de leur exactitude auprès du docteur Ed. Laroche, qui, à plusieurs reprises, a donné ses soins à l'inculpée. Cet honorable médecin m'ayant affirmé avoir vu une fois la femme Sch... dans l'état de folie le plus manifeste, et en présence d'une attestation semblable signée par M. le docteur Bigot, à laquelle se joindrait au besoin, m'assure-t-on, celle de M. le docteur Gripat, le doute ne m'était plus permis. Je n'hésite donc pas à tirer de tout ce qui précède les conclusions suivantes :

1° La femme Sch... ne donne actuellement aucun signe d'aliénation mentale, mais il paraît hors de doute qu'elle en a présenté à plusieurs reprises les atteintes les mieux caractérisées.

2° Ces diverses atteintes peuvent être considérées comme autant d'accès d'une folie intermittente dont la période de lucidité dans laquelle se trouve actuellement l'inculpée constitue vraisemblablement une intermission.

3° Cette folie, probablement consécutive à l'épilepsie, et principalement caractérisée par des emportements maniaques avec penchant à la violence et à la fureur, pouvant aller jusqu'à l'homicide, entraîne la privation du libre arbitre, et par suite l'irresponsabilité pour les actes qui en sont et qui peuvent en être la conséquence.

4° Et enfin cette forme d'aliénation mentale, étant de nature à compromettre gravement la sûreté des personnes, motive d'urgence le placement d'office de la femme Sch... dans un établissement spécial d'aliénés.

Sainte-Gemmes-sur-Loire, le 8 février 1858.

Signé E. BILLOD.

©BIUM

Conformément aux conclusions de ce rapport, une ordonnance de non-lieu est rendue en faveur de la femme Sch..., et le placement d'office de cette femme à l'asile de Sainte-Gemmes est ordonné d'office par M. le préfet de Maine-et-Loire, sur la demande formée à cet effet par M. le procureur impérial de l'arrondissement. Si les observations auxquelles nous allons nous livrer par suite de l'admission de la dénommée dans notre établissement devaient tendre à modifier notre manière de voir sur son compte, nous nous ferions un devoir de le faire connaître dans un des numéros suivants de ce recueil.

E. B.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Société médico-psychologique.

Addition à la séance du 29 mars 1858.

Rapport de M. le docteur Bourdin sur la candidature de M. J.-P.-A. Fabre (de Meironnes).

En sollicitant l'honneur d'appartenir à la Société médico-psychologique avec le titre de membre correspondant, M. le docteur Fabre, de Meironnes (Basses-Alpes), nous a adressé un volume intitulé : *Traité du goître et du crétinisme.* C'est ce travail que je suis chargé de vous faire connaître, au nom d'une commission composée de MM. Baillarger, Trélat et moi.

Si l'on en croit le titre du livre, deux sujets principaux en constituent la substance. Si l'on ne se laisse pas séduire par le titre et si l'on cherche à pénétrer le véritable sens du livre, on trouve qu'une pensée principale, unique peut-être, — les autres n'étant qu'accessoires, — domine tout le travail. Cette pensée fondamentale pourrait être formulée de la manière suivante : Le crétinisme est une affection consécutive dérivant du goître.

Telle est, au fond, la pensée de l'auteur. Il faut dire cependant que cette simple et courte formule est une déduction de longues études, et qu'il a fallu beaucoup de travaux préliminaires et des observations suivies pour dire ces quelques mots. Voyons si les conclusions de l'auteur sont de nature à entraîner les convictions, ou si l'auteur s'est laissé prendre au piége d'un paradoxe séduisant.

Le travail de M. le docteur Fabre est divisé en deux parties. La première est consacrée au goître, que l'auteur suit pour ainsi dire pas à pas et dont il décrit successivement les symptômes, l'anatomie pathologique, le diagnostic différentiel, les causes et le traitement. Chacune de ces questions est examinée avec soin et traitée avec talent. Mais ce qui donne une autorité à ces récits, c'est l'expérience propre de l'auteur. Dans la recherche des causes du goître, M. le docteur Fabre s'est appesanti d'une manière toute spéciale sur l'influence pernicieuse des eaux. Il insiste aussi, et cela au chapitre des eaux, nous ne savons pourquoi, sur l'influence productrice du froid, influence dont il donne l'explication suivante : « Le cou étant moins

©BIUM

abrité par les vêtements, tout à fait découvert chez les femmes et mal protégé chez les hommes, dans sa partie supérieure par la cravate négligemment nouée, et dans sa partie inférieure par un gilet que les gens de la campagne croisent rarement, laisse plus exposée à l'impression du froid la thyroïde..... Le froid, refoulant alors les humeurs de la circonférence au centre, fait affluer vers cette glande le sang en plus grande quantité, gonfle son tissu de la même manière que le frisson, dans les fièvres intermittentes, produit à la longue l'engorgement de la rate, du foie et quelquefois des autres viscères abdominaux. » (P. 72.) — Nous laissons à l'auteur la responsabilité de l'explication mécanique qu'il produit comme étant la plus naturelle. Parmi les causes prédisposantes l'auteur fait jouer, avec raison selon nous, un très grand rôle à l'hérédité.

Pénétré de l'importance des eaux comme cause productrice du goître, M. Fabre a cherché un remède efficace. Malheureusement ces recherches étaient rendues difficiles par l'ignorance où nous sommes du principe pathogénique véritable de la maladie. « Quelle est au fond la substance qui altère la nature du sol et lui procure ses qualités nuisibles? Est-ce l'argile, l'alumine, la magnésie, la silice, le talc et le gypse, etc.? La question est trop peu avancée pour que l'on puisse rien affirmer sur ce point.... » Telles sont les paroles prononcées par M. Billiet, archevêque, dans une séance de la Société des sciences de Chambéry. A défaut d'un fil conducteur à travers le dédale des opinions incertaines et diverses qui règnent sur la nature de la véritable cause pathogénique, M. Fabre a fait appel à l'empirisme. « Deux grammes de sel marin que j'ai fait dissoudre dans un litre d'eau lui ont communiqué une saveur agréable et médicamenteuse. On pourrait donc, à peu de frais, rendre potables les mauvaises eaux. » (P. 98.) — Ceci soit dit sans préjudice des précautions à prendre pour soustraire les malades aux influences hygiéniques déplorables au milieu desquelles ils se trouvent.

Passant ensuite au traitement curatif, proprement dit, M. Fabre donne des détails précis et étendus sur les moyens qui lui ont valu des succès. L'importance du traitement du goître que l'auteur appelle le *père* du crétinisme, devient évidente pour tous. Ici l'iode et ses composés jouent le rôle thérapeutique principal. Encouragé par les succès obtenus par le docteur Chrétien, au moyen des frictions pratiquées sur la langue, M. Fabre eut l'idée de recourir au même *modus faciendi* pour administrer l'iode, et le succès vint justifier ses espérances. « Je mélangeai, dit-il, par la trituration, 4 grammes d'hydriodate de potasse avec 8 grammes de poudre de réglisse, et divisai le tout en 55 paquets. J'en prescrivis un paquet par jour,

©BIUM

le matin à jeun, en frictions sur la langue, en recommandant de garder le plus longtemps possible la salive dans la bouche pendant la durée de la friction (5 ou 6 minutes) et de l'avaler ensuite. » (P. 104.) Tel n'est pas d'ailleurs le seul mode d'emploi du médicament. L'auteur s'applique, au contraire, à décrire divers procédés et formules dont il a fait usage, et qui lui avaient été suggérés par sa pratique personnelle ou qui avaient été mis en œuvre par d'autres avant lui.

Vient ensuite le crétinisme que l'auteur étudie avec un soin égal. Toutes les questions qui s'y rattachent sont successivement passées en revue avec une impartialité qui fait le plus grand honneur au caractère de l'auteur. Il sait rendre justice à chacun. Les maîtres les plus éminents, comme les travailleurs les plus modestes, sont mis à contribution pour l'histoire du crétinisme, sans souci de la valeur personnelle, et en considération seulement du service que l'auteur prouve qu'ils ont rendu à la science.

Cette étude complète n'est qu'un cadre dans lequel M. Fabre a voulu placer ses opinions personnelles pour les mieux mettre en relief.

En effet, l'auteur a eu soin de résumer sa pensée tout entière dans un mot qui termine les conclusions finales : « Le goître, dit-il, est le père du crétinisme. Guérir le goître dans les individus, c'est prévenir le crétinisme et le déraciner du sein des populations. » (P. 259.)

La pensée de M. Fabre est donc bien nettement formulée, mais son opinion est-elle appuyée de preuves précises et irrécusables? Là est véritablement le nœud de la question.

Adoptant les idées de M. le docteur Maignien, M. Fabre considère le corps thyroïde comme le régulateur des actes essentiels de la vie, et il fonde son opinion sur des preuves anatomiques expérimentales et pathologiques.

Par l'anatomie d'abord, c'est-à-dire par les rapports existants entre le corps thyroïde et les vaisseaux artériels et veineux qui vont au cerveau et à la région cervicale de la moelle épinière, ce corps exercerait, dans l'hypothèse dont il est question, une compression sur les artères carotidiennes, dont le résultat serait de modérer l'abord du sang au cerveau dans les conditions physiologiques, et d'apporter des entraves à la circulation cérébrale par l'effet d'un développement pathologique. M. Fabre tire une autre preuve de l'action du corps thyroïde sur la circulation cérébrale des troubles qui se développent par l'effet de la suppression de cet organe. Indépendamment de cette action sur le cerveau, l'auteur pense qu'en comprimant la trachée-artère, le goître agit sur la circulation elle-

©BIUM

même, puisqu'il modifie la composition du sang en empêchant l'accomplissement d'une hématose complète.

Il serait difficile de nier l'influence fâcheuse de la compression des vaisseaux carotidiens sur les fonctions cérébrales, mais il faudrait, ce nous semble, pour affirmer une pareille théorie, prouver l'existence de cette compression. La compression est-elle possible? Nous ne le nions pas. — Existe-t-elle réellement? C'est ce qui reste à démontrer. On sait que des tumeurs très volumineuses peuvent se développer dans les diverses parties du corps sans produire d'effets de compression appréciables. Nous avons assisté à l'autopsie d'un homme mort à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de Biett, et présentant, dans l'un des lobes du cerveau, une tumeur qui en occupait les deux tiers environ. Cet homme n'avait présenté pendant sa vie, et notamment pendant un long séjour à l'hôpital, aucun signe pathognomonique des affections cérébrales. On sait d'ailleurs qu'un grand nombre de goîtreux peuvent porter pendant de longues années des goîtres très considérables qui ne réagissent pas d'une manière sensible sur les fonctions cérébrales. Cette observation est surtout facile à faire dans certains pays dans lesquels le goître est endémique, et dans lesquels pourtant on ne rencontre pas de crétins. Nous en connaissons des exemples dans le Jura et la Haute-Saône.

M. Fabre n'affirme d'ailleurs pas que le goître ait une action prompte et rapide ; il pense au contraire « que le crétinisme dans les enfants suppose, lorsqu'il est endémique, la préexistence du goître à l'état de développement considérable dans les ascendants. » (*Introd.*, p. 14.)

Les théories que nous venons de signaler, et qui, à notre avis, manquent d'une base solide, ne présentent cependant pas d'inconvénients pour la pratique, car elles conduisent à un traitement rationnel, consacré déjà par de longues années. Il est certain qu'en combattant énergiquement le goître et en le supprimant, on rendra au crétin un service signalé. Il est certain aussi que le traitement spécial du goître ne doit pas exclure le traitement général et spécial du crétinisme. M. Fabre insiste sur ce point avec force et conviction.

En résumé, le livre de M. Fabre est le résultat de travaux bibliographiques et pratiques recommandables. L'auteur se plaît à rendre justice à ses devanciers; il cite leurs travaux, les loue ou les désapprouve avec indépendance et impartialité. De grandes recherches ont été nécessaires pour accomplir une pénible œuvre. Il a fallu vivre au milieu des pays peuplés de crétins pour étudier leurs mœurs, leurs habitudes, et tout ce qui se rattache à leur histoire proprement dite. C'est ce qu'a fait l'auteur.

©BIUM

En accordant aujourd'hui le titre de membre correspondant à M. le docteur Fabre, la Société médico-psychologique donnera un témoignage d'estime bien mérité à un honorable travailleur, et elle se créera des relations utiles dans un pays où règne le crétinisme.

La Commission propose donc de nommer M. J.-P.-A. Fabre (de Meironnes) membre correspondant.

Séance du 31 mai 1858. — Présidence de M. Baillarger.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

La Société reçoit :

Le n° 9 de la 3e série du *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris.*

Un ouvrage intitulé : *Du sommeil, des rêves et du somnambulisme dans l'état de santé et de maladie*, par M. le docteur Macario, membre correspondant de la Société.

Discussion sur la paralysie générale.

M. Delasiauve. Je serai court et me renfermerai, autant que possible, dans le cercle de la question posée : Qu'est-ce que la paralysie générale ? Le groupe des symptômes compris sous cette dénomination mérite-t-il d'occuper, à titre de maladie spéciale, une place distincte dans le cadre des affections mentales ? Les désordres musculaires ne seraient-ils qu'une complication du trouble intellectuel ? Peuvent-ils seuls caractériser la variété morbide, ou bien l'un et l'autre ordre de phénomènes sont-ils la conséquence, sinon nécessaire et absolue, au moins directe, de la lésion nerveuse ?

Cette série d'interrogations, il est facile de le voir, n'est qu'une manière différente d'envisager le même problème, et leur solution le moyen diversifié d'arriver au même but : préciser la nature de la paralysie générale.

On a beaucoup insisté sur le siége et le caractère des altérations anatomiques. Ce qui, pour M. Bayle, dépend d'une méningite chronique, est le résultat, pour M. Delaye, d'une modification intime du tissu cérébral, surtout dans les couches périphériques, et pour M. Calmeil, d'une encéphalite ou d'une méningo-encéphalite. M. Parchappe, de son côté, se fondant sur de nombreuses autopsies, croit à la constance du ramollissement de la substance corticale.

Assurément ce serait un grand pas que la découverte d'une lésion qui correspondrait dans ses phases à toutes celles d'un ensemble symptomatique. A un désordre aussi immédiatement généralisé doit évidemment présider un changement organique

©BIUM

étendu, une transformation intime, atteignant simultanément les deux hémisphères. Mais en quoi consiste cette modification? Dans une affection qui dure depuis plusieurs années et donne lieu à des congestions si fréquentes et si graves, n'est-il pas à craindre de prendre les effets pour les causes, et d'attribuer la maladie à des altérations qui n'en seraient elles-mêmes que les conséquences? Ainsi suis-je porté à penser de la méningite chronique de M. Bayle, ce qui n'enlève point à ce confrère si regrettable, et qui fut mon excellent ami, l'immense mérite d'avoir le premier signalé la paralysie générale et d'en avoir si bien tracé l'histoire, qu'à part les points controversables, il n'a pour ainsi dire laissé rien à ajouter à ses successeurs.

La réalité d'une encéphalite ne me semble pas mieux prouvée. Toute phlegmasie est originairement locale, circonscrite. Procédant lentement, comme dans la paralysie générale, elle devrait, longtemps avant de se propager d'un lobe à l'autre et de ceux-ci aux lobes du côté opposé, donner des signes limités. Or nous voyons que, dès le principe, la faiblesse, encore obscure, se montre dans toutes les divisions de la puissance musculaire.

Sous ce rapport, j'ai toujours préféré le sentiment de M. Delaye, qui, faisant siéger le travail pathologique dans la masse cérébrale, et particulièrement dans les couches périphériques, n'a point préjugé de sa nature. Dans notre hospice de Bicêtre, où succombent tant de paralytiques généraux, malgré les obstacles souvent opposés aux autopsies, j'ai eu néanmoins l'occasion d'inspecter le cerveau d'un grand nombre de sujets. Tous les genres de lésions se sont offerts à mon observation; seulement elles ont varié, et plusieurs fois même il m'a été impossible de ne pas rester douteux touchant leur existence. Mon collègue M. Moreau doit se rappeler que, dans deux circonstances, nous rencontrant ensemble dans l'amphithéâtre, nous ne nous crûmes pas autorisés à déclarer la certitude d'altérations primitives.

A la vérité, la substance corticale présente souvent un peu de mollesse. Mais si elle cède à la pression du manche du bistouri, ans une foule de cas la vraisemblance permet tout aussi bien d'attribuer ce phénomène à l'imbibition des tissus par la suffusion séreuse qu'à la dégénération morbide.

L'amaigrissement des circonvolutions, et notamment la décoloration de la substance grise tranchant infiniment moins avec la substance blanche que dans l'état normal, sont les seuls signes dont l'absence m'a semblé la plus rare. Sont-ils dus à une phlegmasie latente? Quelle que soit l'autorité des recherches microscopiques

©BIUM

récentes de M. Calmeil, l'appréciation de ce point demeure, selon nous, conjecturale.

Hypothèse pour hypothèse, ce qu'il y a de moins improbable, c'est qu'il y a là un de ces vices de nutrition dont le mystère, jusqu'à présent, n'a pas été éclairci. Tout le monde a constaté les congestions cérébrales, si communes chez les paralytiques généraux. Peut-être n'a-t-on pas donné de cet accident une explication convenable. La plupart des auteurs, quand il survient au début, en font dériver les symptômes paralytiques et lui attribuent ensuite une influence aggravante sur la maladie. Dans notre pensée, son mode de production est autre et de nature, si nous ne nous abusons, à jeter quelque lumière sur diverses particularités peu comprises.

Plusieurs raisons invitent à croire, en effet, que cet état congestionnel diffère essentiellement des congestions apoplectiques. Provenant d'un raptus sanguin, qui d'ordinaire s'effectue vers un point limité du cerveau, celles-ci sont actives, et comme elles frappent l'homme en pleine santé, l'intelligence n'a point à en souffrir si elles viennent à se dissiper. Toutes passives au contraire, les congestions de la paralysie générale, loin d'être primordiales, nous paraissent subordonnées à l'altération sourde et préexistante qui s'opère dans le cerveau, et dont le propre serait de prédisposer sans cesse à la gêne circulatoire, à la stase du sang dans les vaisseaux encéphaliques.

L'intensité de l'obstacle en mesurerait les degrés infinis, depuis le plus simple accablement jusqu'au coma le plus complet ou aux crises convulsives les plus violentes. On conçoit aussi les fluctuations de leur marche, leurs retours plus ou moins éloignés, les alternatives de recrudescences ou de rémissions, et l'habituelle ascension du fond morbide après chaque crise nouvelle. Plus le mal progresse, plus s'accroissent les chances congestionnelles, rendues plus imminentes encore par la perte ou la diminution de l'élasticité vasculaire.

A l'aide de cette supposition, les capricieuses évolutions de la maladie perdent leur ambiguïté. Rien de plus équivoque et de plus durable que la période d'incubation de certaines paralysies générales. Si, chez ceux dont une congestion cérébrale a paru déterminer la maladie, on interroge avec soin les antécédents, on ne tarde guère à s'assurer, si les renseignements sont exacts, qu'une transformation significative, et dont la famille ne se rend compte que par suite des observations du médecin, s'était fait remarquer en eux. On s'en étonnait, mais on était loin de la rapporter à la folie. Une irritabilité

©BIUM

insolite, des projets en l'air, des espérances mal fondées, des écarts de conduite, etc., tout cela était mis sur le compte du caractère ou d'une métamorphose vicieuse.

Avec l'embarras cérébral apparaissent des troubles positifs. S'il est peu considérable, la réaction amène aisément cette agitation maniaque dont la forme trahit, pour les yeux exercés, les suites inévitables; un peu plus intense, il détermine souvent de l'apathie, une sorte de prostration mélancolique, et même des impressions hallucinatoires; à un degré plus prononcé encore, le délire vague, ambitieux, s'accentue en même temps que se dessinent assez nettement les altérations musculaires qui auparavant avaient pu susciter du doute.

Dans ces cas, la turgescence sanguine contribue à la physionomie morbide. Si sa part est prédominante, il peut arriver alors, la circulation venant à se rétablir par la cessation de l'obstacle, que la lésion intrinsèque, faible encore, restant stationnaire ou même rétrogradant sous l'influence d'un état atmosphérique ou d'un régime meilleurs, laisse au cerveau, dégagé de l'oppression, assez de liberté pour un exercice plus ou moins régulier de ses fonctions. On s'expliquerait ainsi, après la longue persistance de situations éminemment graves, ces améliorations inattendues, le plus souvent trompeuses, et qui pourtant ont pu quelquefois devenir des guérisons réelles. On en a vu des exemples, et nous en avons cité nous-même, susceptibles de provoquer la surprise. Une phlegmasie, surtout ulcérative, ayant produit graduellement de si profonds désordres, subirait-elle de tels revirements?

Ceci me conduit à apprécier quelques points du savant discours que vous avez entendu dans la dernière séance. M. Parchappe, hésitant sur le choix d'une dénomination, inclinait pour l'expression *cérébrite*, mais il a préféré celle de *folie paralytique*, afin de ne pas détruire le lien qui rattache les phénomènes physiques aux anomalies morales. Les données qui précèdent montrent ce qu'on doit penser de la première de ces désignations. L'inflammation n'est point certaine, et en reconnût-on les éléments, on pourrait se demander si elle ne provient pas de la congestion elle-même, favorisant à la longue, par sa présence, une réaction subphlegmasique. Puis l'inflammation admise aurait-elle nécessairement les mêmes conséquences? Sous le rapport du siége, de l'étendue et du génie pathogénique, n'y aurait-il pas des différences impliquant l'obligation de distinguer des catégories et d'appliquer à la variété dont nous nous occupons une qualification spéciale?

Le terme *folie paralytique* ne dessine pas un cercle plus précis.

©BIUM

On a souvent remarqué que les mots passés dans la langue usuelle étaient parfois les mieux appropriés et les plus justes. Celui de *paralysie générale* a spécialement ce caractère. Il répond aux symptômes saillants et sous-entend suffisamment les troubles intellectuels, comme ayant ses racines dans l'aliénation mentale. D'ailleurs, ne préjugeant rien sur l'essence du mal, et saisissant aisément l'esprit, il a en outre l'avantage, réalisant les conditions d'une bonne définition, de convenir, en vertu de l'interprétation commune, *soli et toti definito.*

En est-il ainsi de l'appellation substituée par M. Parchappe? Sans égard pour la lésion anatomique et la diversité phénoménale, ne tend-elle pas à confondre tous les cas où coexisteront du trouble mental et de la paralysie? Notre honorable collègue ne nous semble pas avoir complétement échappé à cet inconvénient. Un des premiers peut-être, dans un article spécial sur le diagnostic (*Annales médico-psychologiques*, 1851), j'ai essayé de séparer les pseudo-paralysies générales de l'espèce véritable, idiopathique. M. Lasègue, dans une thèse d'agrégation parfaitement écrite, a suivi la même marche, et M. J. Falret, dans sa dissertation inaugurale, allant plus loin et éliminant, à titre de maladies distinctes, toutes les formes bâtardes, n'admet pour unique type que celle survenant spontanément, à certaines époques de la vie, se déroulant d'une manière inégalement progressive, avec des attributs peu variables, et se résolvant presque inévitablement dans un laps approximatif par une issue funeste. Guidé vers le même but, notre jeune confrère obéissait à une logique plus rigoureuse.

Or, ces distinctions que chacun de nous a établies, M. Parchappe, si j'ai bien saisi ses développements, les a négligées. Ainsi on a nié que les folies ordinaires, manie, monomanie, stupidité, etc., dégénérassent en paralysies générales. J'ai cité des exemples, mais en montrant en même temps combien, par leur physionomie et la lenteur de leur marche, ces cas différaient de la paralysie générale idiopathique. M. Parchappe ne révoque en doute ni leur fréquence ni leur similitude.

Certains individus, lorsqu'ils échappent aux conséquences immédiates d'une attaque apoplectique, restent avec un affaiblissement physique et moral plus ou moins analogue à la paralysie générale. J'ai dit précédemment la différence que je concevais entre le raptus de l'apoplexie et la stase de la congestion paralytique. Dans ces cas où de nombreuses parties n'ont pas été atteintes, où le siége d'une lésion non similaire est plutôt central qu'extérieur, les mouvements sont à l'origine comparativement beaucoup plus affectés

©BIUM

que l'intelligence, tandis que l'inverse a souvent lieu dans la paralysie générale idiopathique, où la modification morbide peu appréciable semble généralisée à la périphérie. Ce contraste n'a point frappé M. Parchappe, et cela devait être, puisque identifiant les deux ordres de congestions, aucun motif ne l'induisait à en différencier les effets.

Mêmes remarques à propos des altérations profondes du cerveau, cancers, tubercules, kystes, ramollissements, qui, par leur extension, occasionnent des paralysies générales, lentes, graduelles, où les malades souvent assistent conscients, pendant un long intervalle, aux progrès de leur propre déchéance.

L'épilepsie elle-même, que notre honorable collègue ne fait point difficulté de ranger parmi les causes les plus actives de la paralysie générale, ne se soustrait point à l'objection. Certes, si les congestions quelles qu'elles soient suffisaient à déterminer la maladie, en aucune circonstance ne se réuniraient des conditions productives plus favorables qu'à la suite d'accès violents et répétés, où l'encéphale est soumis à des commotions terribles et à des oppressions durables. Aussi, rien de plus ordinaire alors que le double affaiblissement musculaire et mental. Pourtant cet appareil symptomatique dénote-t-il la vraie paralysie générale ? Sous ce rapport, nous ne saurions adhérer au sentiment implicitement exprimé dans le discours de M. Parchappe. Une notable démarcation sépare ostensiblement ces deux états, et l'opposition, entre autres, se dévoile, dans notre hospice de Bicêtre, de la façon la plus irrécusable. Dans les deux premières sections consacrées aux aliénés, les paralytiques généraux abondent. Tout à côté, la troisième section comprenant plus de 200 épileptiques, en compte au moins 50 à 60 chez lesquels se montre, à des degrés divers, l'altération des mouvements et des fonctions intellectuelles. Eh bien ! sur ce chiffre considérable, il n'en est aucun que l'on puisse sérieusement comparer aux autres. Physiquement, l'épileptique est plus empêtré que faible, et moralement son obtusion, qui se décèle par l'inertie de la pensée, l'incertitude de la mémoire, la lenteur du jugement et la stupeur des traits, n'équivaut point à la vague incohérence du paralytique, à son expansion béate, à ses conceptions disparates et illusoires. L'épileptique, au point culminant de la dégradation, conserve toujours un sentiment de la réalité, pour le paralytique, évanoni sans retour. Ajoutons que bien souvent l'autopsie ne démontre chez celui qui succombe, ni diminution de volume et de poids, soit de la masse du cerveau, soit de l'un des hémisphères, ni épaississement ou adhérence des membranes, ni induration, ni mollesse, ni décoloration de la substance grise.

©BIUM

Tout cela aurait-il lieu sans une disjonction positive? Quant à moi, j'y aperçois, en ce qui concerne la paralysie générale, un indice formel de spécificité que justifie l'interprétation du mode consécutif assigné par nous à l'empêchement de la circulation cérébrale qui la complique. Dans l'épilepsie, l'organe, respecté dans l'intégrité de sa substance, n'est que gêné par l'ébranlement qu'il éprouve et l'interposition forcée de molécules sanguines dans les mailles de son tissu. La fibre nerveuse subit au contraire, dans la paralysie, une détérioration directe, profonde et progressivement envahissante, dont l'obstruction inflammatoire ne serait qu'une suite éventuelle.

Certaines variétés morbides offrent, avec la paralysie générale, des différences moins tranchées. M. J. Falret rapporte deux observations d'encéphalopathie saturnine, où tous les traits caractéristiques de cette espèce paralytique se trouvaient rassemblés. Trois fois nous avons eu nous-même l'occasion d'en constater d'analogues : chez deux des malades, le trouble mental se bornait à une légère démence; chez le troisième, la forme vague et ambitieuse du délire, jointe à l'affaiblissement musculaire, représentait un calque complet.

L'alcoolisme chronique revêt aussi parfois un aspect analogue. Toutefois il est rare que, indépendamment des antécédents connus, quelques particularités ne permettent pas de rapporter les accidents à leur véritable cause. C'est d'abord une sorte d'hébétude, tantôt niaisement béate, tantôt mélancolique, répandue sur la physionomie, puis une irrégularité spéciale des mouvements qui ne dépend pas exclusivement de la faiblesse, mais résulte en partie d'une action spasmodique qui contraint le malade à s'observer pour maintenir l'équilibre.

On a mentionné enfin des paralysies générales consécutives aux maladies infectieuses. Dans un article : *Influence du choléra sur la production de la folie* (*Annales médico-psychologiques*, 1850), nous en avons consigné un exemple fort remarquable, survenu chez un jeune homme de dix-huit ans, pendant la convalescence de cette terrible affection. Au point de vue physique et moral, la manifestation phénoménale était typique. Ainsi que je l'avais prévu et qu'il était facile de le prévoir, la guérison ne se fit pas attendre. Le malade sortait de l'asile le vingtième jour.

A l'égard de ces divers cas, un grand effort de réflexion n'est pas nécessaire pour comprendre la similitude qui les rapproche de la paralysie générale. L'alcool n'apporte pas seulement une gêne mécanique à l'organe cérébral; il influe insensiblement sur ses propriétés vitales et sa composition moléculaire. Ce résultat est de même

©BIUM

produit par le sang conservant encore des principes impurs à la suite des maladies infectieuses ; et qui ignore que les molécules plombiques exercent sur le tissu nerveux une action chimique qui le condense, et qu'on trouve *poisseux* les cerveaux des personnes qui meurent d'une lente intoxication saturnine ? Quoi donc d'étonnant que des causes agissant sur les mêmes parties, les atteignant dans leur ensemble et dans le même sens, provoquent, sauf variantes, des symptômes semblables ! Ce fait corrobore la théorie !

Nous ne nous sommes point assujetti, dans ce qui précède, à l'ordre des questions telles que nous les avions posées. Mais en appliquant à leur solution les éléments qui découlent de nos développements, nous pourrons, et en concluant pour ainsi dire, arriver sans peine à des réponses satisfaisantes.

Ce qu'est la paralysie générale dans son essence vitale, dans son élément anatomique, nous croirions prématuré de l'affirmer. Les traces de méningite chronique rencontrées après la mort nous paraissent plutôt être résultées du progrès de la maladie que l'avoir produite. L'idée qui rattache l'affection à la phlegmasie de l'encéphale ne semble guère moins problématique.

Tout ce qu'il est permis de conjecturer, c'est que, quelle qu'elle soit, le cerveau, selon l'apparence dans ses couches périphériques, doit être le siége d'une modification pathologique nutritive, intime, et étendant généralement ses ravages.

Que cette altération *sui generis* constitue une affection distincte et spéciale, personne, en présence des nombreux faits qui s'observent journellement, n'en fera l'objet d'un doute. Son incubation si insidieuse et si singulière, sa manifestation à une période donnée de l'existence, les symptômes insolites qui la caractérisent, leur marche accidentée ainsi que leur évolution à peu près stable et uniforme, attestent assez qu'elle n'est adéquate qu'à elle-même. Il faut, d'ailleurs, en distraire tous les cas qui, relevant d'autres causes, n'appartiennent point à la paralysie générale primitive, idiopathique.

Maintenant, peut-elle prendre place dans le cadre des maladies mentales ? Ce point est évidemment soumis à la solution de plusieurs questions préjudicielles ; car si le délire, en pareil cas, n'était qu'une complication, il ne pourrait servir de cachet à une folie particulière.

Cette détermination repose à la fois sur la triple considération des conditions idéales de la maladie, des fonctions normales du cerveau et de leurs manifestations pathologiques. L'action cérébrale se traduit par trois ordres de phénomènes : mouvement, sensibilité, in-

©BIUM

telligence. La sensibilité a été peu étudiée dans la paralysie générale. On s'est surtout attaché à l'altération des forces motrices et des facultés intellectuelles. Ont-elles un siége commun ou différent? Malgré les plus estimables travaux, le voile qui couvre ce mystère est loin d'être déchiré encore. On a attribué le mouvement à la substance blanche, l'intelligence à la substance grise; puis distinguant, on a départi à cette dernière, outre les phénomènes moraux, les mouvements volontaires. C'est ainsi que la paralysie générale pourrait dépendre des transformations subies par les couches corticales.

En tout cas, la lésion isolée des mouvements et de l'intelligence étant une possibilité irrécusable, nécessité est bien de reconnaître la séparation, au moins logique, des molécules nerveuses qui président à l'une et à l'autre fonction. Maintenant, si, en vertu de la généralisation immédiate des accidents, on suppose que la modification inconnue qui produit l'affection envahisse, sinon la masse, au moins les couches extérieures des deux hémisphères, si surtout on accorde que le principe de l'intelligence et de la volonté ait pour département spécial la substance périphérique, les conséquences sont forcées.

Ainsi, *à priori*, la maladie devra avoir pour expression symptomatique la double altération intellectuelle et motrice. L'une n'est point subordonnée à l'autre : toutes deux procèdent directement et indépendamment de la même source. Seulement, et à cause de cette indépendance même, la simultanéité d'apparition des deux ordres de phénomènes n'est pas une condition fatale, et il doit arriver souvent que, selon la profondeur du mal et les dispositions du sujet, la lésion intellectuelle précède de plus ou moins longtemps la lésion motrice, et *vice versâ*.

Or, ces prévisions de la théorie sont pleinement réalisées par les faits, ce qui leur communique une grande autorité. Si beaucoup de cas, en effet, s'annoncent d'emblée par les deux ordres de signes confirmatifs, il n'est pas rare non plus qu'une transformation morale non équivoque devienne l'indice du travail morbide que subit le cerveau avant qu'apparaisse le désordre du mouvement; de même que celui-ci, à son tour, atteint parfois un degré évident sans qu'un délire formel se produise. Mais, dans les deux cas, les symptômes réciproquement avant-coureurs s'appellent, et quand on constate les uns, la prochaine venue des autres est inévitable.

Le trouble mental est donc, au même titre que l'affaiblissement musculaire, une expression immédiate et propre de la paralysie générale des aliénés, et, sous ce rapport, elle appartient évidemment à

©BIUM

l'ordre des folies. Reste à savoir si, d'une part, par la spécialité de ses symptômes et de sa marche, et d'autre part par sa connexité avec l'affaiblissement des mouvements et la lésion *sui generis* qu'elle représente, cette folie mérite un rang à part dans la nomenclature.

Pour nous, l'affirmative n'est pas douteuse. Parmi les seules formes dont on pourrait la rapprocher, ni la manie, ni la démence, ni la stupidité dans ses nombreuses variétés ne lui sont réellement comparables; dans aucune on ne remarque cette lente métamorphose des sentiments et des idées qui caractérise ses premiers développements, ce vagabondage de pensées et d'actes dont le délire ambitieux offre le type le plus saillant, ces paroxysmes congestifs auxquels, après des temps d'arrêt, correspondent des exacerbations notables et souvent funestes.

On a nié d'ailleurs que la paralysie générale vînt s'ajouter, soit comme complication ou terminaison, aux formes ordinaires de l'aliénation mentale, et si, par d'incontestables exemples, nous avons prouvé que l'assertion était exagérée, force aussi nous a été d'avouer que le cas était loin d'être fréquent, et que la diversité d'allure des accidents témoignait, en outre, d'une différence flagrante dans les origines.

En définitive, la cause organique de la paralysie générale peut soulever le doute, mais ce qui semble avéré, c'est l'existence à titre d'affection spontanée, *sui generis*, de cette variété physico-psychique.

Toutefois, afin de ne laisser aucun nuage sur l'idée qu'on doit en prendre, il s'est produit naguère un fait qui exige ici quelques éclaircissements. Chacun sent qu'il s'agit de la paralysie progressive signalée par Requin et Sandras, et que M. Lunier, qui lui a consacré un remarquable mémoire, est porté à considérer, avec ces regrettables confrères, comme une espèce distincte de la paralysie générale dont elle aurait, moins le délire, tous les autres signes extérieurs.

La séparation est-elle fondée? On avait d'abord pensé que la première avait pour siége le cerveau, et la seconde la partie supérieure de la moelle allongée. Mais on s'est bientôt aperçu que beaucoup de ces formes *purement* musculaires n'étaient pas exemptes d'une certaine faiblesse mentale, et que la plupart finissaient par se compliquer des symptômes moraux caractéristiques. Une restriction fut dès lors nécessaire.

Et l'on verra combien cette restriction doit s'étendre encore, si l'on songe qu'une foule de désorganisations locales, tumeurs, noyaux apoplectiques, ramollissements, peuvent, comme nous l'avons dit,

©BIUM

sans affecter gravement les idées, simuler à un haut degré la paralysie générale.

Après tout, la paralysie progressive *spinale* n'est pas impossible, et ce serait dans ces cas exceptionnels que l'électrisation pourrait acquérir une certaine valeur diagnostique. Si, en effet, la moelle allongée est douée du pouvoir réflexe, on conçoit que son altération fasse plus ou moins complétement avorter les expériences; tandis que dans la paralysie cérébrale le pouvoir réflexe, n'étant gêné par aucun obstacle, les muscles soumis au courant galvanique réagissent avec toute l'énergie de leur force contractile.

M. Baillarger commence par faire remarquer que sous le nom de paralysie générale on désigne aujourd'hui des faits en apparence au *moins* très dissemblables. Il suffit, dit-il, pour le prouver, de rapprocher et de comparer deux groupes de faits dont le tableau est des plus opposés: le premier de ces groupes comprend tous les cas de manie ambitieuse accompagnée de quelques signes légers de paralysie; le second groupe renferme les observations de démence paralytique primitive et simple.

Les symptômes dans ces deux cas sont aussi différents que possible; c'est en effet l'exaltation des facultés opposées à la débilité de l'intelligence et l'excitation générale des mouvements opposée à la paralysie.

M. Baillarger compare ensuite les lésions anatomiques dans la manie ambitieuse et dans la démence paralytique; il trouve dans le premier cas l'hypérémie et la turgescence du cerveau, et dans l'autre l'atrophie du même organe accompagnée de lésions graves de son tissu.

D'autre part, si l'on considère que la manie ambitieuse ne se termine point fatalement par la démence paralytique et qu'elle a par conséquent une existence isolée, et qu'enfin la démence paralytique se présente chaque jour sans la manie ambitieuse, on sera, dit-il, porté à conclure qu'il y a deux états pathologiques qui devraient être séparés, puisqu'ils ont des symptômes et des caractères anatomiques différents, et qu'en outre ils ont une existence isolée.

En admettant cette séparation, on ne ferait d'ailleurs qu'appliquer à la manie ambitieuse et à la démence paralytique l'opinion déjà admise pour la manie et la démence; les mêmes raisons peuvent en effet être invoquées dans les deux cas.

M. Baillarger conclut donc en proposant de faire de la manie ambitieuse une maladie spéciale sous la termination de *manie congestive*.

©BIUM

Les manies congestives seraient alors à la démence paralytique ce que les manies simples sont à la démence simple.

La séance est levée à six heures.

Séance du 28 juin 1858. — Présidence de M. BAILLARGER.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

La correspondance comprend :

Une lettre de M. Schnepf, récemment nommé médecin sanitaire à Alexandrie, et qui demande à échanger le titre de membre titulaire contre celui de membre correspondant.

Sur la proposition de M. le président, le titre de membre correspondant est accordé à M. Schnepf.

Discussion sur la paralysie générale.

M. Pinel neveu. J'ai écouté avec un vif intérêt et une attention soutenue les discours qui ont été prononcés dans les dernières séances par nos savants collègues, MM. Parchappe, Delasiauve et Baillarger.

Mon intention n'est pas de discuter ici les opinions si diverses et si opposées qui ont été émises sur la paralysie générale ; je demande seulement la permission de formuler des propositions générales, de les faire suivre de quelques considérations, de citer plusieurs faits à l'appui de ma manière de voir, de dire un mot sur le diagnostic, de vous lire une note que j'avais écrite, vers la fin de l'année dernière, à propos de la communication faite par M. Baillarger à la Société de médecine de Paris. Je terminerai en rapportant un cas de guérison qui viendra confirmer ce qu'ont avancé mes honorables confrères, les docteurs Baillarger et Delasiauve, sur la curabilité de la maladie qui nous occupe.

La paralysie générale est une maladie particulière, spéciale, caractérisée par une lésion plus ou moins étendue de la motilité tendant à progresser et à se généraliser.

Elle existe à l'état de simplicité ou à l'état de complication. Dans le premier cas, elle est indépendante, isolée de toute autre affection ; on ne remarque aucun trouble du côté de l'intelligence. Dans le deuxième cas, elle est fréquemment unie avec la folie, et l'on constate alors les divers phénomènes propres à ces deux états morbides.

La maladie désignée sous le nom de *paralysie générale des aliénés* ou de *folie paralytique* n'est que la complication de la paralysie générale avec l'aliénation mentale.

©BIUM

La paralysie générale simple peut exister quelquefois, mais rarement, jusqu'à la mort, sans se compliquer d'aliénation mentale.

Elle est accompagnée souvent d'un affaiblissement de la mémoire qu'on ne saurait confondre avec la démence.

Ordinairement la folie vient compliquer, dans un temps plus ou moins long, la lésion des mouvements.

D'autres fois, les préliminaires somatiques et psychiques paraissent avoir débuté simultanément, mais, en général, la lésion de la motilité précède celle de l'intelligence.

Dans d'autres circonstances, mais moins fréquemment, la paralysie générale est secondaire.

La paralysie générale simple ne se voit pas dans les asiles d'aliénés, parce que ceux qui en sont atteints, jouissant de la raison, ne vont pas s'y faire traiter.

C'est dans la pratique civile, dans les maisons de santé, ou dans les hôpitaux ordinaires, qu'on peut surtout l'observer.

Elle peut précéder, accompagner ou suivre les diverses espèces d'affections mentales, la manie, la monomanie, la mélancolie, et surtout la démence ; parfois cette dernière débute, pour ainsi dire, d'emblée, en même temps que les signes de l'affaiblissement musculaire.

Le délire expansif (monomanie des grandeurs), d'abord considéré comme un signe constant de la paralysie générale des aliénés, manque assez souvent.

L'inertie génitale n'est pas aussi commune qu'on l'a dit. Si elle se montre dès le début, elle est parfois remplacée, même à une époque assez avancée, par de l'excitation génésique. D'autres fois, l'abolition des facultés viriles est éteinte complétement et sans retour.

La sensibilité physique est généralement très obtuse dans les dernières périodes, parfois elle est conservée jusqu'à la fin.

La marche de la paralysie générale est ordinairement chronique ; elle est aiguë dans quelques cas.

Des rémissions faisant croire à des guérisons se remarquent souvent dans le cours des paralysies compliquées d'aliénation.

Les causes les plus ordinaires, malgré des assertions opposées, sont les excès alcooliques, et surtout les abus vénériens.

Les femmes sont moins sujettes à cette maladie que les hommes, parce qu'elles peuvent se soustraire plus facilement à l'influence de cette double cause.

Les habitants du Nord sont plus exposés à la paralysie générale que ceux du Midi, qui font un usage très modéré des boissons spiri-

©BIUM

tueuses. Si ces derniers se livrent avec ardeur aux plaisirs de l'amour, en revanche ils en supportent mieux les fatigues.

Des congestions encéphaliques précèdent fréquemment les premiers signes de la paralysie générale ; elles se renouvellent dans la plupart des cas, dans le cours de cette maladie qu'elles contribuent à aggraver.

Le pronostic est, en général, très fâcheux, et la terminaison funeste ; cependant il existe des exemples bien avérés de guérison.

Les saignées locales modérées, au début seulement et lorsqu'il y a des signes de congestion sanguine, les exutoires à la base du crâne, les vésicatoires répétés sur tout le cuir chevelu, des affusions générales, des révulsifs sur les intestins et sur les extrémités, sont les principaux moyens à mettre en usage.

Quels sont la nature, le siége de la paralysie générale ? Quelles sont les lésions anatomiques qui la constituent ? Les altérations trouvées après la mort sont-elles constantes ? Ne manquent-elles pas quelquefois ? Quand on constate leur présence, sont-elles toujours les mêmes, ou sont-elles parfois différentes ? Ne pourraient-elles pas être l'effet et non la cause de cette affection ?

Dans l'état actuel de la science, il est difficile de pouvoir résoudre ces diverses questions, les opinions des auteurs étant très différentes. Le plus grand nombre croit à l'existence d'une inflammation périphérique de la substance corticale du cerveau avec tendance au ramollissement.

Quelques praticiens ne sont pas éloignés de croire que la paralysie générale serait de nature purement nerveuse, lorsqu'on ne trouve aucune espèce d'altération cadavérique appréciable. Dans ces cas, ne pourrait-il pas en être de la paralysie générale comme de la plupart des névroses dont la nature est inconnue, dont le véritable siége est encore à trouver ? Que savons-nous, à cet égard, sur l'épilepsie, le tétanos, la chorée, la rage, la folie, l'hypochondrie, etc. ? La lumière est loin d'être faite sur la paralysie générale, et il serait peut-être sage d'attendre avant de se prononcer d'une manière absolue sur la nature de cette maladie.

Je crois certes fermement à une altération quelconque des centres nerveux, car je n'admets pas d'effet sans cause ; mais quelle est cette cause, c'est-à-dire cet état morbide ? C'est ce que je demande et ce que je pense que l'on ignore encore au moins dans un certain nombre de cas. Le microscope viendra-t-il lever tous les doutes ? Je le souhaite ardemment ; mais le recours à cet instrument ne prouve-t-il pas que les investigations ordinaires laissent beaucoup à désirer.

©BIUM

M. Linas, dont j'ai lu la thèse avec grand plaisir, soutient énergiquement que la paralysie générale s'accompagne nécessairement d'*une altération quelconque* des facultés intellectuelles, soit exaltation, soit perversion, soit affaiblissement ; il veut bien concéder que les premières peuvent manquer, mais il affirme que le dernier ne fait jamais défaut ; il est vrai que, pour lui, *un affaiblissement de l'intelligence à un degré quelconque est de la démence.* Esquirol, dont ce médecin distingué invoque l'autorité, définit ainsi la démence : *affection cérébrale chronique caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté, avec incohérence des idées, défaut de spontanéité intellectuelle et morale... impossibilité de raisonner juste.* Je me demande s'il est possible d'admettre qu'un affaiblissement partiel des facultés intellectuelles, comme, par exemple, une faiblesse de la mémoire, une sensibilité morale plus grande, un peu moins d'aptitude aux travaux de l'esprit, une volonté moins énergique, etc., puisse être considéré comme un état de démence. Mais, s'il en était ainsi, il faudrait multiplier les asiles d'aliénés. Ne voit-on pas fréquemment une foule de personnes sous l'impression morale d'une maladie chronique douloureuse plus ou moins grave, sous l'influence de chagrins violents, de l'infortune, de la misère, d'une passion oppressive, après de longues veilles, des travaux opiniâtres de l'esprit, etc., éprouver un certain affaiblissement de l'intelligence, sans qu'on les considère comme déments ; et comment les malades atteints de paralysie générale simple, qui conservent complétement la conscience de leur état maladif, n'en seraient-ils pas affectés, et n'éprouveraient-ils pas un affaissement moral et intellectuel ?

Du reste, tout en reconnaissant que, dans un certain nombre de cas de paralysie générale simple, il y a un affaiblissement partiel des facultés de l'entendement, sans qu'il y ait, pour cela, démence, j'affirme que j'en ai vu d'autres où il n'était pas possible de le constater. Voici ce que dit M. Guislain à ce sujet : « J'ai vu, dans ma pratique particulière, des paralysies de tout le système musculaire affecter une marche lente et progressive, aboutir à la mort, sans que jamais, durant le cours de la maladie, le patient eût montré un délire réel, *un trouble dans les actes intellectuels.* Les malades, jusqu'à leurs derniers instants, ont conservé la *conscience* de leur état. » (Tome I, p. 338.)

L'épilepsie, qui, d'ordinaire, se complique avec l'aliénation mentale, et surtout avec la démence, est-elle nécessairement liée à ces maladies, et n'observe-t-on pas tous les jours des épileptiques dont les accès sont rares, qui conservent l'intégrité parfaite de leurs

©BIUM

facultés morales et intellectuelles jusqu'à la mort? Pourquoi n'en serait-il pas de même de la paralysie générale?

J'ai la conviction que la paralysie générale n'est pas une maladie propre aux aliénés, qu'elle n'est pas une espèce particulière de folie, qu'elle ne l'entraîne pas forcément et fatalement ; que c'est une affection à part et indépendante de cette dernière aussi longtemps que l'altération qui la produit ne s'étend pas à la portion moléculaire du cerveau qui préside à l'intelligence; et il ne me répugne nullement d'admettre que cette partie de l'encéphale peut être épargnée pendant un certain temps ou même toute la vie. Je suis loin d'être convaincu que la motilité et l'intelligence aient le même siége. S'il en était ainsi, la lésion intellectuelle se montrerait constamment et simultanément avec celle des mouvements; or l'expérience démontre le contraire, puisque des mois et plusieurs années peuvent s'écouler sans que l'on puisse constater le moindre signe d'affaiblissement mental ou le plus léger délire.

Les médecins qui sont à la tête d'établissements publics ou privés dans lesquels on reçoit exclusivement des aliénés, n'ont pu évidemment étudier que la paralysie générale liée à la folie, et ils ont dû croire, par cela même, qu'elle n'était qu'une espèce ou variété d'aliénation mentale.

Comment pourrait-on soutenir avec fondement qu'une maladie qui peut exister quelques mois, un an, dix ans, sans présenter le moindre vestige de trouble ou d'affaiblissement de l'intelligence, est une espèce d'aliénation mentale? Ce serait en vérité interpréter les faits de la même manière que ceux qui prétendent que la paralysie générale peut exister sans aucun symptôme de lésion de la motilité.

On comprend facilement que les malades atteints de paralysie générale simple, dont la raison s'est pleinement conservée, dont l'intégrité du jugement est parfaite, dont la volonté n'a pas fléchi, dont la conscience et l'appréciation des faits sont justes, n'aillent pas consulter un médecin connu pour sa spécialité et se confier à ses soins, car ce serait avouer implicitement que la sanité de leur esprit est compromise ; on comprend aussi aisément que les familles se gardent bien d'avoir recours aux lumières d'un aliéniste, et à plus forte raison de placer leurs proches sous sa direction immédiate. Ce n'est qu'à une époque plus ou moins éloignée de l'invasion de la maladie, lorsqu'aux symptômes de paralysie générale viennent se joindre un trouble ou un affaiblissement de l'intelligence, qu'on songe et qu'on peut réellement songer à consulter un aliéniste et à mettre le malade dans un asile public ou privé.

J'ajoute que ce n'est que par exception que les médecins alié-

©BIUM

nistes peuvent être appelés à traiter des malades atteints de paralysie générale à l'état de simplicité, et que nécessairement les paralytiques généraux soumis à leur examen sont constamment aliénés.

De ce que la plupart des aliénistes n'ont pas été à même d'étudier la paralysie générale à son début, d'en constater le développement et les premières phases dans sa période initiale, d'en suivre la marche plus ou moins lente et progressive, avec l'absence complète de phénomènes psychiques, et que, d'un autre côté, ils ont été dans le cas de voir très fréquemment la lésion des facultés motrices unie à celle des facultés intellectuelles; ils en ont conclu, les uns que c'était une paralysie particulière aux aliénés, par conséquent, toujours liée à un trouble de l'entendement, les autres qu'elle était de nature différente de celle qui se remarque chez les malades atteints de folie; ces deux opinions nous paraissent erronées.

La paralysie générale, on le sait, était confondue autrefois avec la paralysie ordinaire; mais les médecins aliénistes, et entre autres Ph. Pinel, Haslam et Esquirol, avaient signalé la fréquence de cette complication chez les aliénés, et la gravité qu'elle entraînait après elle. Les docteurs Delaye, Bayle et surtout Calmeil fixèrent l'attention du monde médical sur cette maladie, qu'ils étudièrent, le premier à la Salpêtrière, et les deux autres à Charenton, c'est-à-dire, dans des maisons de fous; aussi ne doit-on pas être étonné de voir qu'ils la considérèrent comme une maladie propre aux aliénés; cependant, dès cette époque, le docteur Delaye avait fait connaître l'observation d'une paralysie générale sans aliénation. Les opinions de ces aliénistes distingués furent partagées par tous les médecins jusqu'au moment où les docteurs Prus, Requin, Sandras entre autres, eurent démontré par des faits cliniques que la paralysie générale pouvait exister sans être accompagnée de folie; dès lors, dans la pratique civile et dans les hôpitaux ordinaires, on en constata l'existence; déjà le professeur Rostan, qui, comme tous les médecins, avait partagé d'abord les idées de M. Calmeil, observa à son tour des paralysies générales à l'Hôtel-Dieu, et fit des leçons à ce sujet, dans lesquelles il émit des opinions contraires à celles du médecin de Charenton.

M. Rostan, je n'ai pas besoin de le dire, s'est occupé d'une manière toute spéciale des affections de l'encéphale; tout le monde connaît ses beaux travaux sur le ramollissement cérébral, à l'hospice de la Salpêtrière, où il a fait aussi, pendant la longue absence de Pariset, le service comme médecin en chef dans la division consacrée au traitement des maladies mentales; on peut donc dire qu'il a toutes les connaissances et toute l'expérience d'un aliéniste

©BIUM

consommé; il est sans contredit le médecin le plus consulté pour les affections des centres nerveux, et personne ne voit autant que lui de paralysies générales à leur période initiale: il en résulte que son opinion doit être d'une grande valeur. Quand donc il avance que, sur *six* paralytiques généraux qu'il voit dans sa pratique en ville, ou qui viennent le consulter dans son cabinet, *cinq* ne présentent pas le moindre signe de folie pendant un temps plus ou moins long, on peut être étonné à bon droit d'entendre des aliénistes distingués affirmer qu'il existe toujours, soit avant le début de la lésion de la motilité, soit en même temps, un trouble de l'intelligence.

M. Rostan ne nie pas plus que moi que, dans la plupart des cas, la paralysie générale n'entraîne, à une période plus ou moins avancée, soit un délire général ou partiel, soit et surtout un affaiblissement des facultés de l'entendement; elle agit en cela comme le plus grand nombre des affections de l'encéphale, qui déterminent un désordre psychique : c'est ainsi que se comportent souvent l'épilepsie, l'apoplexie, la chorée, l'éclampsie, l'hystérie, etc., sans qu'on se soit avisé de prétendre que ces maladies étaient constamment des folies épileptiques, apoplectiques, choréiques, éclamptiques, hystériques, etc., et l'on n'a jamais cessé de les considérer comme des affections à part et indépendantes.

S'il en est ainsi pour ces états morbides, pourquoi n'en serait-il pas de même pour la paralysie générale? C'est vainement qu'on a cherché à interpréter contre notre manière de voir les observations rapportées par Prus, Requin, Sandras, MM. Baillarger, Lunier, etc. Je ne veux pas entamer ici une discussion à ce sujet, je dirai seulement que le professeur Rostan me racontait, il y a peu de jours, qu'il avait soigné, pendant *environ dix ans*, d'une paralysie générale *sans aliénation mentale ni le moindre affaiblissement des facultés intellectuelles et morales*, le père d'un membre de l'Institut; c'est vers la fin de la dixième année seulement qu'il était survenu un trouble mental bientôt suivi de la mort.

Nous avons traité, M. Rostan et moi, en 1842, pendant plusieurs mois, dans ma maison de santé, où, on le sait, je reçois aussi des malades qui ne sont pas aliénés, un paralytique général dont la maladie remontait à une année environ ; la mémoire de ce négociant, qui était à la tête de ses affaires, était légèrement affaiblie ; son jugement était parfaitement sain ; il avait la conscience complète de sa position.

La même année, le professeur Trousseau m'avait adressé un autre négociant atteint de paralysie générale. Ce malade avait été soigné

©BIUM

pendant plus d'une année en province. Nous le soumîmes, M. Trousseau et moi, pendant quelques mois, à un traitement très actif, et nous n'obtînmes qu'une légère amélioration; la raison de ce malade n'avait nullement faibli, il n'y avait aucune trace de délire; à peine une légère faiblesse de la mémoire se remarquait-elle. Il dirigeait sa maison de commerce avant d'entrer chez moi, il en prit de nouveau la direction en sortant.

M. Trousseau me disait il y a peu de jours qu'il pensait que la paralysie générale n'était pas une maladie propre aux aliénés, qu'il avait été à même de soigner un certain nombre de paralytiques généraux qui ne présentaient aucun signe de délire ni de démence, et que la paralysie générale sans aliénation mentale est de la même nature que celle qui se remarque chez les aliénés.

M. Hervez de Chégoin a observé, soit dans les hôpitaux, soit en ville, plusieurs cas de paralysie générale sans le moindre trouble mental; ce savant praticien partage complétement les opinions des professeurs Rostan et Trousseau.

Un officier d'administration militaire avait été traité à l'hôpital de Metz et à celui du Val-de-Grâce, pendant environ six mois, pour une paralysie générale, *disaient les certificats des médecins.* Il présentait en effet, lorsqu'il entra dans mon établissement, en 1846, comme pensionnaire libre bien entendu, tous les signes de la paralysie générale à la deuxième période; il me rendit compte de son état avec une parfaite lucidité, et il me fit connaître tous les détails de sa maladie et les divers traitements qu'on lui avait fait subir; sa mémoire, qui était moins fidèle dans les premiers jours, était devenue meilleure une semaine après son entrée; il n'offrait pas le plus léger trouble des facultés mentales. Il sortit dans le même état physique pour retourner à Metz.

Un malade, habitant les Champs-Élysées, dont nous avons été le médecin pendant plusieurs années, et que nous visitions journellement, était affecté depuis quatre ou cinq ans d'une paralysie générale dont les progrès étaient lents, quoique incessants; il parlait avec une grande difficulté, sa voix était faible; ses mains étaient tremblantes et ne pouvaient remplir leur office que très incomplétement; la marche était difficile, chancelante, les pieds raclaient le sol, il avait besoin d'une personne pour le soutenir; la salive s'échappait de la bouche; les matières fécales et l'urine étaient rendues, quoique rarement, d'une manière involontaire. Il avait conservé l'intégrité la plus complète de ses facultés intellectuelles; sa mémoire n'était nullement affaiblie, il se faisait lire les journaux et divers ouvrages, et prenait part à la conversation des personnes

©BIUM

qui venaient le visiter, sans pouvoir exprimer ses pensées autrement que par quelques mots péniblement articulés. Durant les années que j'ai eu le malade sous les yeux, l'intelligence n'avait pas baissé, quoique la lésion des mouvements fît des progrès incessants. Il est mort deux ans après, dans une campagne auprès de Versailles. J'ignore ce qui est arrivé dans les derniers temps de son existence.

M. X..., ancien négociant, d'un tempérament sanguin, fut atteint, vers l'âge de cinquante ans, d'un commencement de paralysie de la langue, qu'on présuma avoir été occasionnée par la suppression d'un flux hémorrhoïdal abondant et périodique qui durait depuis un grand nombre d'années. D'abord, légère hésitation dans la prononciation, difficulté d'exprimer certains mots, qui étonne et impatiente le malade. Ces symptômes font des progrès, quoique lentement. M. X... se décide à venir à Paris pour consulter. Arrivé dans cette ville après un voyage de quelques jours, il est tout surpris de ne plus rien éprouver ; il parle avec la plus grande facilité, et il se croit si bien guéri qu'il regarde comme inutile de demander l'avis d'aucun médecin, pendant un mois qu'il passe dans la capitale. Il retourne en province, heureux et content de revoir sa famille ; mais, le lendemain de son arrivée, le bégayement et l'embarras de la langue se montrent de nouveau ; on attribue le retour du mal au coït auquel le malade s'est livré. Des bains de mer sont ordonnés ; il en éprouve des effets fâcheux qui se remarquent principalement sur les membres supérieurs, qui deviennent plus faibles ; le malade écrit avec peine, son écriture est griffonnée. Pendant trois ans et demi, ces symptômes vont en progressant avec lenteur. Au bout de ce temps, M. X... vient de nouveau à Paris pour consulter. Je vois le malade peu de jours après son arrivée. La parole est très difficile ; la langue, augmentée de volume, est tremblotante ; elle sort directement. Les lèvres présentent des mouvements spasmodiques ; les mains sont notablement plus faibles et tremblantes ; les extrémités inférieures permettent au malade de faire journellement des promenades à pied ; il n'y a rien du côté de la vessie ; il y a de la constipation ; les érections sont fréquentes et le coït a lieu plus souvent que ne le comporte l'état du malade. La sensibilité physique n'a pas diminué, la digestion et la nutrition se font bien, la circulation est dans l'état normal, la vue et l'ouïe n'offrent aucun changement ; les facultés morales et intellectuelles sont dans un état parfait d'intégrité. La mémoire est aussi bonne que par le passé. Le malade écrit encore, quoique avec peine, et ses parents ne remarquent aucune différence dans la rédaction de ses lettres ;

©BIUM

toujours même esprit, même lucidité, même aptitude pour les affaires.

Après avoir consulté divers médecins, et entre autres M. Rostan, M. X... retourne dans le Midi, où la maladie continue à faire des progrès; les mains deviennent plus tremblantes et plus faibles, les membres inférieurs s'affaiblissent de jour en jour; la prononciation des mots devient de plus en plus difficile; la déglutition se fait avec peine, la respiration est moins libre. Le malade écrit sur une ardoise, avec un crayon qu'on lui attache à la main; ce qu'il y trace prouve qu'il suit les conversations qui ont lieu devant lui; il est au courant des nouvelles et rappelle à propos ce qu'il a entendu la veille ou les jours précédents; il continue à se mêler de ses affaires; il ne peut plus bouger de son lit ou de son fauteuil, et il comprend toute la gravité de sa position. Il meurt entouré de sa famille, une année environ après avoir quitté Paris pour la deuxième fois, et cinq ans après le début de son affection. Jusqu'au dernier instant, l'intelligence s'est conservée dans un état complet de lucidité et sans le moindre affaiblissement.

Un capitaine de beaucoup d'esprit, mon ancien camarade et mon ami dans le 10e régiment de ligne, en Espagne, avait éprouvé, il y a quelques années, une difficulté à prononcer certains mots; il s'en apercevait et parvenait quelquefois à les prononcer, après un peu d'hésitation; d'autres fois il était obligé de prendre un crayon et de les écrire. Plus tard la prononciation est devenue plus difficile, et la paralysie s'est étendue incomplétement aux membres supérieurs et inférieurs, sans pour cela que l'entendement ait offert de l'altération, sans que la mémoire se soit montrée infidèle. Cet état a duré plusieurs années, a fait des progrès, et j'ai perdu le malade de vue; j'ai appris seulement qu'il était mort.

J'ai reçu dans mon cabinet, et j'ai vu, en ville, une dame qui était atteinte de paralysie générale depuis une année; d'après ce qu'elle me disait, ainsi que son mari, toutes les facultés étaient intactes, et la mémoire même n'offrait aucun affaiblissement.

Le professeur Chomel m'avait envoyé, en 1855, un paralytique général, en mettant en tête de sa consultation, en latin, les mots *paralysie générale*. Ce malade était négociant et dirigeait ses affaires; sa raison était à l'état normal, la mémoire n'était pas affaiblie, mais la maladie, qui durait depuis deux ans, faisait des progrès; il est sorti, après quelques mois de séjour, à peu près dans le même état.

Un malade traité par le docteur Canuet a été affecté de paralysie générale pendant trois ans, avant de devenir aliéné et de nous être

©BIUM

confié ; il était chef de bureau dans un ministère et avait rempli ses fonctions jusqu'au moment où la folie s'était déclarée.

Nous pourrions citer d'autres exemples tendant tous à démontrer que la paralysie générale peut exister seule pendant un temps plus ou moins long et même jusqu'à la mort, sans entraîner après elle, comme conséquence forcée, ou le délire, ou la démence. Dans la plupart des cas où l'on croit qu'elle s'est manifestée simultanément avec la folie, elle a presque toujours précédé cette dernière. C'est du moins la conviction que j'ai acquise en interrogeant avec le plus grand soin les familles des aliénés paralytiques que j'ai eu occasion d'observer.

Je sais bien qu'on pourra m'objecter que j'ai pu me faire illusion et prendre pour des paralysies générales simples, des affections différentes, telles que des *paralysies symptomatiques*, des paralysies purement spinales, et méconnaître l'existence des symptômes psychiques. A cela je réponds que je puis certainement m'être trompé quelquefois, mais je ne pense pas avoir toujours commis des erreurs dans le diagnostic, erreurs du reste, si elles existaient, qui auraient été partagées par d'autres médecins haut placés dans la science.

L'expression symptomatique *paralysie générale* est-elle le résultat d'une affection morbide identique ? Les phénomènes paralytiques présentent-ils à peu près les mêmes caractères, ou offrent-ils des différences tranchées, de manière qu'on puisse facilement reconnaître et classer les diverses espèces de lésions des mouvements ?

Le docteur Delasiauve a, je crois, le premier cherché à le faire ; il a distingué les paralysies générales en idiopathiques et en symptomatiques, et a donné les signes qui les différencient ; il n'admet nullement que la paralysie générale qui complique l'épilepsie, par exemple, soit de la même nature que celle qu'il nomme idiopathique. Malgré les efforts de notre savant ami, dont nous apprécions plus que personne les travaux importants, nous croyons qu'on ne saurait dire, dans une foule de cas : Cette affection est une paralysie générale idiopathique, cette autre une paralysie générale symptomatique.

Pour étudier avec fruit la paralysie générale, il faut tout d'abord l'examiner quand elle est simple, primitive, isolée, indépendante ; savoir si l'on doit admettre deux espèces : l'une qui ne se terminerait pas par la folie, et qui serait celle dont les expériences de MM. Brierre de Boismont et Duchenne (de Boulogne) auraient déterminé les caractères ; l'autre qui serait suivie plus ou moins promptement d'aliénation. Ne pourrait-on pas, si l'on voulait faire

©BIUM

des classifications et des distinctions, admettre des espèces diverses, telles que la paralysie générale accompagnée, dès les premiers instants, de démence; la paralysie générale à marche aiguë; celle à marche chronique; la paralysie générale débutant ou paraissant débuter avec la folie et présentant les diverses formes du délire expansif ou oppressif; celle désignée sous le nom de *manie congestive* par M. Baillarger; la paralysie générale secondaire, à laquelle on réserverait le nom de paralysie générale des aliénés; les lésions de la motilité compliquant d'autres maladies, comme l'hystérie, l'épilepsie, l'apoplexie, etc.; les paralysies symptomatiques, s'il était possible d'établir les signes positifs des lésions qui les déterminent; les paralysies ébrieuses, saturnines, et celles qui sont dues à l'atrophie musculaire.

Il y aurait certainement un grand avantage à distinguer et à classer toutes ces affections paralytiques, mais il faudrait pouvoir déterminer, *à priori*, sur l'inspection des malades, les altérations morbides qui les produisent, indiquer les signes qui annoncent que telle partie du cerveau est lésée; que c'est l'altération de la substance grise qui amène tels symptômes, que c'est celle de la substance blanche qui se traduit par tels autres phénomènes; que la diminution du volume et du poids de l'encéphale, son endurcissement ou sa mollesse sont manifestés par des signes particuliers; que les épanchements séreux ventriculaires, les couches gélatiniformes des méninges, les tumeurs de diverses natures, etc., sont reconnaissables pendant la vie; il faut bien l'avouer, il reste encore beaucoup à faire, malgré les travaux d'une foule d'aliénistes d'un grand mérite. Il nous paraît donc prudent d'attendre avant d'arrêter définitivement son opinion sur la nature et les diverses espèces de paralysies générales.

Les phénomènes caractéristiques de la paralysie générale simple sont exclusivement somatiques.

C'est la langue, ce sont les lèvres, les membres qui offrent les signes primitifs de cette maladie; ces signes sont une hésitation ou un embarras plus ou moins grand dans la prononciation des mots ou de certains mots, de quelques lettres, et parfois une impossibilité d'articuler.

Une trémulation spasmodique des muscles des lèvres et de la langue; un mouvement vermiculaire de cet organe, sortant directement de la bouche; un affaiblissement et un tremblement des mains.

Une démarche mal assurée se traduisant surtout par un défaut de coordination dans les mouvements de progression, et par la dif-

©BIUM

ficulté de garder l'équilibre dans la station debout, par le raclement du sol par un ou les deux pieds, par la déviation de la ligne droite pendant la marche, par la flexion involontaire de l'articulation fémoro-tibiale.

Quand ces symptômes sont survenus après une congestion cérébrale avec ou sans perte de connaissance, ou qu'ils se sont manifestés lentement et progressivement, qu'ils sont très sensibles certains jours, et qu'ils disparaissent pour se montrer de nouveau dans d'autres instants; quand à ces phénomènes se joignent une augmentation du volume de la langue et de l'empâtement, une raucité ou une faiblesse de la voix poussée parfois jusqu'à l'aphonie, un facies spécial, un affaissement des traits, un œil éteint, un état général d'anémie, ou bien un état congestif de la tête, de l'insomnie, un mouvement continuel, une dilatation d'une des pupilles, un clignotement des paupières, une anesthésie plus ou moins étendue de la peau, etc., etc., on peut affirmer, d'une manière presque positive, l'existence d'une paralysie générale.

Lorsque la lésion de la motilité s'unit à l'aliénation mentale, la série des symptômes psychiques se présente alors, et ce double état morbide prend le caractère de ce qu'on a désigné sous le nom de *folie paralytique*, ou paralysie des aliénés.

Si c'est la démence, les facultés intellectuelles ou morales sont plus ou moins affaiblies, la mémoire des faits récents est nulle, l'association des idées, le raisonnement et le jugement sont difficiles ou impossibles.

L'activité mentale, la volonté, n'existent plus ou sont à peine exprimées.

Les sentiments affectifs sont remplacés par une indifférence complète, ou bien la sensibilité morale se manifeste sans raison et sans motifs.

Un air d'hébétude, de stupidité est répandu sur toute la physionomie dont l'aspect est d'autant plus pénible que la lésion des mouvements est plus avancée.

Si c'est un délire général, il peut être poussé parfois jusqu'à la manie la plus intense, et offrir tous les caractères qui signalent cet état psychique; cependant, si l'on examine attentivement les malades, on ne tarde pas à s'apercevoir que leur volonté fléchit facilement, et qu'il est plus aisé de les diriger que lorsqu'on a affaire à un délire maniaque ordinaire; au milieu des extravagances et de l'exaltation, se manifestent fréquemment des idées de grandeur, d'ambition, de toute-puissance, plus fugaces et, pour ainsi dire, plus *insensées* que dans la manie simple.

©BIUM

Si c'est une monomanie, les idées ne sont pas d'abord délirantes ; les malades sont gais, expansifs, loquaces, libres dans leur conversation jusqu'à manquer aux convenances, faciles dans leurs affaires jusqu'à pousser la libéralité à l'excès, enclins à faire des achats inutiles ou ridicules ; leurs habitudes, leur caractère sont changés ; de doux, bienveillants et polis qu'ils étaient, ils sont devenus irritables, incivils, peu convenables.

Bientôt l'exagération du moi, la vanité, l'orgueil, l'ambition qui perçaient à peine dans les premiers moments, se dessinent, et toutes les pensées dans ce genre sont poussées jusqu'à l'absurde, à l'impossible, à l'extravagance, à la déraison, les plus complètes.

Si c'est un délire oppressif, il prend le caractère ou de la mélancolie, ou de l'hypochondrie ; mais presque constamment ces deux formes sont réunies ou se montrent alternativement. L'expression de ce délire peut donner le change, et faire croire à un état simplement mélancolico-hypochondriaque, si l'on ne porte pas son attention sur les phénomènes somatiques dont la présence dissipe tous les doutes. Je n'ai pas besoin de dire que la réunion de l'aliénation à la paralysie imprime à la physionomie des malades un cachet particulier qui résulte évidemment de la manifestation morbide des deux sortes de phénomènes psychiques et somatiques, et que ce cachet varie suivant l'espèce de délire et suivant la période de la lésion de la motilité.

On ne doit pas oublier, quand il s'agit de diagnostiquer la paralysie dont il est question, que ses caractères spéciaux sont d'être *générale*, *incomplète* et *progressive* : *générale*, parce qu'elle tend à atteindre et à frapper successivement, quoique inégalement, toute l'organisation, tantôt fortement prononcée sur une région du corps, tantôt sur une autre, de façon que tel jour, le malade ne peut plus exprimer un seul mot, ou est penché d'un côté, ou bien éprouve dans l'un des membres une résolution complète, tandis que le lendemain ou quelques jours après, la parole ou les mouvements sont revenus et faciles ; *incomplète*, parce que la force motrice n'est jamais abolie entièrement et à la fois dans les diverses parties ; *progressive*, parce que, dans le plus grand nombre des cas, elle fait des progrès incessants, en présentant néanmoins des rémissions plus ou moins longues et se terminant même parfois, quoique très rarement, par la guérison.

Quant au diagnostic différentiel, je ne puis l'indiquer ici, car cela m'entraînerait trop loin ; qu'il me suffise de dire que, pour l'établir d'une manière aussi positive que possible, il faut surtout analyser avec soin les signes somatiques, les comparer avec ceux que pré-

©BIUM

sentent certaines paralysies et quelques états morbides des centres nerveux.

Dans la paralysie générale des aliénés, on mettra en regard certains phénomènes psychiques (les hallucinations, par exemple), avec ceux du délire ébrieux qui ont un caractère particulier, et l'on n'oubliera pas que les idées ambitieuses sont un des signes fréquents de la folie paralytique.

Il arrive souvent, dans le cours des paralysies générales avec aliénation, des rémissions complètes ou presque complètes qui font croire à une guérison. Dans ces cas, les phénomènes psychiques ou somatiques ne diminuent pas ou ne disparaissent pas simultanément : les uns sont à peine sensibles ou peu appréciables, lorsque les autres sont encore très manifestes. Chez tel malade, le délire a disparu lentement, la raison a repris le dessus, les actes et les paroles n'offrent plus rien d'insolite, ou bien les phénomènes psychiques sont de telle nature qu'on ne saurait les reconnaître sans une très grande attention. Chez d'autres, le contraire a lieu ; ils conservent leurs idées délirantes, alors que la paralysie ne se montre plus.

Si l'intelligence ne manifeste aucun trouble, on remarque toutefois qu'à certains moments, à des jours différents, la parole est hésitante et plus ou moins embarrassée ; que la langue est légèrement tremblotante, que la lèvre supérieure éprouve des mouvements spasmodiques, qu'une des pupilles est parfois plus dilatée ; que la démarche est *trémulente*, que les mains sont peu assurées, et ne peuvent saisir ou tenir les objets de petite dimension. Ces symptômes, qui sont loin d'être toujours réunis, peuvent s'évanouir lentement, et ne présenter que peu ou point de traces. Cette rémission persiste plus ou moins longtemps ; dans la plupart des cas, malheureusement, elle n'est pas de longue durée, et de nouveaux accidents ne tardent pas à survenir. C'est pendant cette période de rémission que les médecins aliénistes sont souvent consultés, soit par l'autorité administrative, soit par les tribunaux, soit par les familles, pour donner leur avis sur l'état de ces malades qui sollicitent hautement leur mise en liberté ; tous les médecins aliénistes ont été plus ou moins à même de voir de pareils cas, et d'être obligés de se prononcer. On sait combien il est difficile parfois d'établir un diagnostic certain sans une étude prolongée des aliénés paralytiques. Nous en avons encore sous les yeux qui ont présenté une rémission complète après avoir éprouvé les signes les plus évidents de la paralysie générale avec délire ambitieux, quelques-uns même après avoir présenté les caractères d'une démence et d'une paralysie avancées.

Le professeur Rostan et le docteur Baroux m'avaient adressé un

©BIUM

ingénieur atteint d'une folie ambitieuse avec paralysie générale, dont les progrès avaient été rapides; des attaques épileptiformes d'une violence extrême se répétant à chaque instant, accompagnées d'un délire des plus intenses, avaient fait penser aux consultants que son existence ne pouvait être que de courte durée. Une évacuation sanguine à la base du crâne, des vésicatoires sur tout le cuir chevelu avaient fini par faire cesser les convulsions et diminuer le délire; le malade était tombé dans un état adynamique des plus graves; il s'était formé un énorme abcès qui avait envahi toute la cuisse droite, et donnait tous les jours un ou deux litres de pus; des eschares gangréneuses considérables s'étaient déclarées dans plusieurs parties du corps, et principalement au sacrum; le délire continuait, la faiblesse était excessive, l'émaciation effrayante; l'évacuation de l'urine et des matières stercorales était involontaire: on s'attendait, d'un instant à l'autre, à une terminaison funeste. De nouveaux vésicatoires avaient été successivement mis sur la tête en même temps qu'on faisait usage d'une médication tonique. Dès qu'il avait été possible de transporter le malade dans une baignoire vide, on l'avait soumis à l'emploi d'affusions générales d'eau à la température de 10 à 12 degrés environ, pendant deux ou trois minutes; sous l'influence de ce traitement, les phénomènes cérébraux avaient peu à peu diminué, le sommeil et l'appétit avaient reparu, les évacuations n'avaient plus été involontaires, l'énorme clapier de la cuisse avait offert moins d'étendue, le pus s'était tari, la peau s'était recollée, les plaies des eschares s'étaient cicatrisées, et M. X... avait pu, au bout de deux mois, sortir de son lit et commencer à faire quelques pas. Les affusions générales étaient continuées ainsi que les toniques; bientôt l'assimilation et la nutrition s'étaient faites de manière que l'embonpoint était revenu, et que la santé physique ne laissait rien à désirer.

L'embarras de la parole, qui était considérable dans les premiers jours, avait disparu, et c'est à peine si parfois on remarquait un peu d'hésitation dans la prononciation; la démarche, qui était chancelante lors de l'entrée du malade, était actuellement assurée et facile, et les promenades pouvaient être prolongées sans fatigue; la faim était impérieuse, et ce n'était qu'avec peine qu'on pouvait l'apaiser; le sommeil était excellent; en un mot, tous les symptômes somatiques avaient progressivement diminué, et enfin entièrement disparu. L'intelligence malheureusement n'avait pas éprouvé la même amélioration, et les idées, sans être aussi troublées, l'étaient cependant assez pour qu'on pût en constater le désordre. La famille, heureuse de le voir dans une situation qu'elle

©BIUM

ne devait pas espérer, a désiré le ramener en Belgique; nous ignorons ce qu'il est devenu.

Cette observation, dont nous n'avons pu donner qu'un résumé concis, est remarquable sous plus d'un rapport, et principalement par la terminaison qui a eu lieu alors qu'on ne devait rien espérer. Elle prouve que, dans les cas même les plus graves, on ne doit pas négliger d'employer un traitement très actif, et que les suppurations abondantes, soit provoquées, soit accidentelles, contribuent puissamment, sinon à une guérison complète, au moins à une amélioration notable. On doit ne pas perdre de vue que les phénomènes paralytiques ont seuls disparu, tandis que ceux du côté des facultés intellectuelles ont persisté, quoique à un degré moins intense. Je me demande si même un aliéniste, qui aurait vu M. X... pour la première fois dans ce moment de rémission, aurait pu se douter que ce malade avait été atteint de paralysie générale.

En septembre 1855, on conduisit dans mon établissement, sur l'avis de MM. les docteurs Ferrus et Arnal, le vicomte X... qui, depuis quelque temps, avait donné des signes de folie et de paralysie générale. Dans une nouvelle consultation faite quelques jours après l'entrée du malade, on avait constaté les signes du délire ambitieux, un affaiblissement de la mémoire, de l'incohérence dans les idées, un embarras de la langue, etc. Peu de temps après, habitudes de saleté, évacuations involontaires, difficulté plus grande de la parole, idées vaniteuses et ambitieuses. Huit mois se passent dans cet état. Vers la fin du printemps, et dans le courant de 1856, amélioration sensible ; l'articulation des mots est facile, la démarche est plus assurée; les forces physiques se sont relevées, mais les conceptions sont toujours délirantes, quoique à un moindre degré. Peu de temps après, la mémoire revient non-seulement sur les faits antérieurs, mais encore sur les choses du moment. Le malade écrit des lettres généralement sensées; il réclame sa mise en liberté au préfet de police, au procureur impérial, au président du tribunal de première instance. Quelques-uns de ses amis, convaincus de sa guérison, font des démarches près de l'autorité pour le faire sortir. Les consultations de M. Ferrus constatent une amélioration notable, mais non une guérison complète. Vers le milieu du mois d'août, MM. Ferrus et Rostan visitent M. X..., chez lequel ils ne remarquent aucun signe de délire ni de paralysie; ils conseillent une plus grande liberté, des promenades au dehors de l'établissement, quelques distractions, et si l'état de mieux continue, un voyage, enfin le séjour ou dans la maison de campagne du malade ou dans celle d'un membre de sa famille. M. X... est changé de division ; il

©BIUM

ne communique plus avec des aliénés. Pendant tout l'automne, il sort plusieurs heures par jour, il passe la soirée avec des personnes raisonnables, et nous pouvons l'observer encore plus attentivement. Il n'offre aucun signe d'aliénation ; sa conversation est sensée, ses manières convenables, et, au dire des personnes qui le connaissent depuis longtemps, il n'a jamais été mieux qu'il n'est en ce moment ; il paraît être revenu à son état normal. Vers la fin de l'automne, il est moins bien, il est plus irritable, s'écarterait des convenances si ma présence ne lui imposait ; il fait de nouveau des projets absurdes, il aspire à de grands emplois, il parle beaucoup plus ; on ne peut le laisser se promener dehors, il demande avec énergie sa sortie. Le procureur impérial l'interroge ; notre avis est demandé, il est contraire au désir du malade et à celui de ses amis, qui font des démarches incessantes auprès des diverses autorités. Notre savant collègue, M. Parchappe, est désigné, vers la fin de décembre, par le tribunal, pour constater son état mental ; notre honorable confrère le visite deux fois à trois semaines d'intervalle. Pendant le premier examen, le malade avait répondu de manière à laisser quelque doute dans l'esprit de M. Parchappe. Dans le deuxième examen, la faiblesse intellectuelle, le défaut de raisonnement et de jugement sont évidents ; cependant pas le moindre embarras dans l'émission des mots, tout au plus peut-être une légère hésitation fort rare dans la prononciation, ce qui avait lieu, dit-on, avant sa maladie ; aucun autre signe de paralysie. M. Parchappe conclut à la nécessité de maintenir M. X... dans une maison spéciale, et confirme le pronostic fâcheux porté par M. Ferrus et par moi dans les premiers jours de son entrée dans ma maison. La maladie a continué à s'aggraver, les symptômes de paralysie se sont montrés de nouveau du côté de la langue et des membres ; aujourd'hui il est dans un état complet de démence ; la lésion de la motilité a encore fait des progrès, sans cependant être aussi avancée que celle de l'intelligence.

Les phénomènes psychiques, on vient de le voir, d'abord liés aux phénomènes somatiques, ont persisté lorsque ces derniers avaient disparu ; ils se sont montrés derechef, tandis que les symptômes de paralysie ne sont revenus que plus tard ; aujourd'hui ils sont réunis, mais ces deux séries de symptômes sont loin d'offrir la même intensité.

Deux autres malades, tous les deux vus, dans ces derniers temps, par MM. Rostan et Ferrus, ont offert des rémissions à peu près semblables. Le premier, qui m'a été adressé par le docteur Louvel, a présenté, dans les premiers moments, des symptômes de mélancolie avec embarras de la langue ; quelques mois après, le délire

©BIUM

mélancolique avait cessé, il ne restait qu'une faiblesse légère de l'intelligence, un manque d'activité et d'énergie mentales, mais le bégayement était peut-être plus prononcé que dans les premiers temps; la dilatation de la pupille droite, remarquée les premiers jours, persistait au même degré. Ce malade est rentré, depuis trois mois, chez un membre de sa famille; nous comptons peu sur une guérison.

Le second, dont le docteur Bossion est le médecin, avait éprouvé, vers 1858, une assez grande exaltation accompagnée d'idées de grandeur et d'ambition; il se croyait placé dans l'établissement par ordre de l'empereur, et, pendant les six premiers mois, il n'a cessé de nous donner le titre de prince; il y avait, dans certains moments, de l'hésitation et une difficulté dans l'articulation des mots. Vers les premiers mois de 1857, rémission presque absolue et disparition de la plupart des symptômes, au point que l'on songe à faire rentrer le malade dans sa famille. Dans le courant de l'été, démence complète; évacuations involontaires, saleté des plus grandes, prostration, eschares sur plusieurs parties du corps, émaciation extrême, embarras de la langue, marche difficile et chancelante. Les symptômes de la paralysie n'égalent point cependant ceux de l'affaiblissement intellectuel, qui est poussé presque au dernier degré. Vers l'automne, les phénomènes paralytiques disparaissent; la nutrition se fait de nouveau, le sommeil est bon, l'embonpoint revient peu à peu, l'intelligence reprend de l'énergie, l'incohérence des idées n'existe plus, la mémoire est parfaite, il n'y a plus de délire; le malade se dit guéri, et désire rentrer chez lui ou aller à la campagne. Consultation avec MM. Ferrus, Rostan et Bossion, qui pensent qu'il doit prolonger encore son séjour, malgré la grande amélioration qu'il éprouve. Quatre mois après, l'intelligence a baissé de nouveau, le cercle des idées est restreint, le malade se borne à répéter constamment la même chose. La parole est libre, il ne reste qu'un peu d'hésitation; la marche est très assurée, la force musculaire est grande, l'embonpoint est considérable. M. X... est revenu à des habitudes de propreté remarquables, sa toilette est parfaitement soignée. Si la paralysie ne se montre par presque aucun signe, en revanche l'affaiblissement intellectuel est très évident. Aujourd'hui, depuis un mois environ, la démence se dessine davantage, et les phénomènes somatiques, qui avaient disparu, se sont montrés de nouveau; la parole est embarrassée, l'amaigrissement a eu lieu subitement, et il fait des progrès tous les jours. M. X... est redevenu gâteux, et la faiblesse physique devient de plus en plus grande.

La folie dépressive avec tendance mélancolique ou hypochon-

©BIUM

driaque, qui complique beaucoup plus souvent la paralysie générale qu'on ne l'avait d'abord pensé, peut induire en erreur les praticiens peu attentifs ou qui n'ont point fait une étude spéciale de la folie, et j'ai signalé il y a plusieurs années (voir *Union médicale* de novembre 1849, et *Annales médico-psychologiques*, 1850) celle qu'avait commise Récamier (je puis le nommer aujourd'hui) à l'égard d'un malade atteint d'une mélancolie profonde avec paralysie générale. Cette dernière avait débuté d'une manière insidieuse et très peu apparente, à ce point qu'un de nos plus savants confrères, un aliéniste des plus distingués, avait délivré le certificat suivant, le 27 septembre 1845 : « Je soussigné, médecin en chef de l'asile de X..., certifie que M. ... est atteint de *folie mélancolique* tendant à l'état chronique, et estime qu'il est nécessaire de le placer dans une maison spéciale. » Le 29 septembre, deux jours après, j'envoyais à la préfecture la déclaration qui suit : « M. X... est atteint d'une maladie mentale avec prédominance d'idées tristes ; embarras de la langue, difficulté de la prononciation, affaiblissement de la mémoire, faiblesse des membres pelviens, etc. »

Dans le certificat de quinzaine, j'avais noté que la situation du malade était plus grave. Six semaines après son entrée, alors que la paralysie avait fait des progrès rapides, que l'affaiblissement était devenu extrême, il fut visité par Récamier, qui s'obstina à ne pas reconnaître l'existence de la paralysie générale. Le lendemain, consultation avec le docteur Foville qui, au premier aspect, confirma mon diagnostic. Quelques jours après, les symptômes somatiques et psychiques étaient plus prononcés ; idées d'empoisonnement, de perte de fortune, de mort prochaine, etc. ; paralysie de la vessie, marche de plus en plus difficile, embarras plus grand de la parole. Le malade fut transféré dans une maison de santé pour être visité plus fréquemment par Récamier ; mort quelques jours après. Il n'avait offert aucune idée expansive.

1° Ce que je viens de rapporter démontre les difficultés que l'on peut éprouver parfois pour établir le diagnostic de la paralysie compliquée avec l'aliénation à forme mélancolique : il est évident que le médecin aliéniste qui a délivré le certificat, ou n'a pas examiné le malade assez de temps, ou a été trompé par la forme oppressive du délire, ou bien ne l'a vu que dans un moment où les phénomènes somatiques n'étaient pas apparents, ce qui est le plus probable.

2° Quant au professeur Récamier, il s'était complétement trompé sur la nature de la maladie ; et, si quelque chose peut l'excuser dans sa persistance à ne voir qu'un délire mélancolique chez

©BIUM

M. X..., malgré les affirmations contraires du docteur Foville et les miennes, c'est qu'il était étranger à l'étude des affections mentales.

Dans la séance du 20 novembre 1857, de la Société de médecine du département de la Seine, M. Baillarger a appelé l'attention de cette compagnie savante sur un *délire spécial* qu'il nomme *hypochondriaque*, et qu'il a observé dans le cours de la paralysie générale où, dit-il, il paraît se rencontrer presque exclusivement. Ce savant aliéniste croit qu'il faut le séparer de l'hypochondrie ordinaire et même du délire mélancolique, qui se montre fréquemment chez les paralytiques généraux.

J'ai constaté plusieurs fois l'existence du délire dont a parlé M. Baillarger, et j'avoue que je ne l'ai nullement considéré comme un délire spécial, mais tout simplement comme une complication ou bien comme un des épiphénomènes qu'on remarque non-seulement dans la paralysie générale, avec folie, mais encore dans les diverses espèces d'aliénation mentale. Ce délire hypochondriaque est souvent lié au délire mélancolique, et si l'on examine les aliénés à différentes reprises et à des distances rapprochées, on observe que les symptômes oppressifs de ces deux états morbides sont, pour ainsi dire, liés ou entremêlés de façon que les malades disent non-seulement qu'ils sont atteints d'une affection mortelle, qu'ils vont mourir, qu'ils sont morts; qu'ils n'ont plus de langue, de bouche, de gosier, d'estomac, de poumons ; qu'ils sont *bouchés*, que depuis des années les aliments sont accumulés dans les voies digestives; qu'ils sont impuissants, qu'ils n'ont plus de membre viril, que leur cœur ne bat plus, que leur pouls est insensible, etc.; mais encore qu'ils sont ruinés, trahis, abandonnés, empoisonnés, dans la misère la plus profonde, et les plus malheureux des mortels; que leur famille, leurs parents, leurs amis n'existent plus, qu'ils ont été assassinés après avoir enduré les tortures les plus barbares, etc. Sous l'influence d'hallucinations des divers sens et de conceptions délirantes d'une nature oppressive, ils répandent d'abondantes larmes et se livrent au désespoir.

Dans la plupart des cas qu'il m'a été donné d'observer, j'ai remarqué l'association des phénomènes qui caractérisent ces deux délires avec prédominance plus ou moins grande, tantôt des idées hypochondriaques, tantôt des idées mélancoliques, et je pense qu'en y regardant de très près, on les trouve presque toujours réunis, non pas peut-être constamment, mais à des intervalles plus ou moins rapprochés, et l'on reste bien convaincu que ce sont des complications, des épiphénomènes presque liés ensemble, et résul-

©BIUM

tant de l'état d'affaissement moral dans lequel se trouvent les malades.

Si l'on reconnaît que la paralysie générale se montre avec les deux formes d'expansion ou d'oppression morale, on n'a pas assez signalé les alternatives de ces deux états opposés dans le cours de cette affection, et qui sont cependant fort remarquables par le contraste qu'ils présentent. Certains jours, les aliénés paralytiques sont dans un état de jubilation extrême : tout leur sourit, la fortune les favorise, ils sont riches à millions, ils se croient poëtes, princes ou rois, jouissent d'une brillante santé ; ils sont beaux, jeunes, vigoureux, d'une taille gigantesque, etc. Les jours suivants, ils sont tristes, ils versent des pleurs, ils sont dans la misère la plus profonde, ils se disent mourants et atteints des maladies les plus graves ; en un mot, ils sont en proie à la série des symptômes qui caractérisent l'état hypochondriaco-mélancolique dont j'ai parlé plus haut. Ces changements dans la situation mentale de ces malades se voient à des intervalles plus ou moins éloignés ; on les remarque quelquefois dans la même journée, quoique plus rarement. Je les ai principalement constatés le matin, au lever des malades ; de sorte qu'en les voyant à ce moment, j'étais presque certain de l'état où ils seraient tout le jour, suivant que je les trouvais tristes ou gais. Il m'a paru que cette situation morale était due à des hallucinations survenues pendant la nuit, ou, et plutôt, je crois, à des rêves qui, en raison de leur nature oppressive ou expansive, les avaient impressionnés vivement et changé le cours des idées de la veille. Je suis plus disposé à attribuer ce changement à des rêves qu'à des hallucinations, parce que ces dernières, qui sont parfois nombreuses dans la journée, produisent rarement ces changements. Du reste, qu'ils soient dus à des hallucinations ou à des rêves, c'est surtout au moment du réveil des aliénés paralytiques qu'on est frappé de la différence si complète qu'ils présentent dans leur état mental. Dans un certain nombre d'observations recueillies depuis une vingtaine d'années, j'ai noté avec un soin scrupuleux ces variations dans les phénomènes psychiques de ces malades, et je crois devoir appeler l'attention des observateurs à cet égard.

D'après ce que je viens de dire, je considère l'état d'oppression morale qu'on rencontre dans le cours de la paralysie générale comme une complication qui se montre tantôt sous la forme mélancolique, tantôt sous la forme hypochondriaque, et, presque constamment, sous toutes les deux en même temps; de manière qu'on peut avancer que l'état oppressif des facultés intellectuelles et morales, quoique variable dans l'expression sympto-

©BIUM

matique, n'est cependant en réalité qu'un seul et même état morbide. Je regrette, sous ce rapport, de ne point partager l'opinion de M. Baillarger, et je ne crois pas à l'existence d'un *délire spécial hypochondriaque*. En définitive, la forme oppressive n'est qu'une variété de la paralysie générale des aliénés dont les phénomènes nombreux et protéiformes présentent des caractères et une physionomie différente selon les cas.

La paralysie générale avec mélancolie ou hypochondrie a-t-elle une marche plus rapide, se termine-t-elle plus promptement d'une manière funeste? La diathèse gangréneuse se développe-t-elle plus rapidement chez ceux qui en sont atteints? M. Baillarger répond par l'affirmative. La plupart des paralytiques généraux, mélancoliques ou hypochondriaques, que j'ai observés, n'ont pas généralement vécu longtemps, et ont offert des eschares gangréneuses. Mais est-ce bien à cette forme ou variété de la paralysie générale qu'il faut attribuer principalement les dispositions à la gangrène et les terminaisons fâcheuses qui ont lieu? On comprend facilement que, dans cette forme oppressive, les progrès du mal soient rapides; car les malades, presque toujours en proie à des conceptions délirantes les plus sinistres, aux hallucinations les plus pénibles, à des sensations viscérales insolites, privés de sommeil et de repos la nuit et le jour, refusant de manger et de boire, ou ne le faisant qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, d'une manière irrégulière et incomplète, et parfois par des moyens artificiels, tombent rapidement dans un affaiblissement considérable, une émaciation effrayante. Dans de pareilles conditions, la circulation se ralentit de jour en jour, l'assimilation ne se fait plus, toutes les fonctions deviennent languissantes ou se font incomplétement; on doit comprendre toutes les conséquences qui doivent en résulter; aussi ne doit-on pas être étonné que, dans de pareilles circonstances, la diathèse gangréneuse, d'ailleurs si fréquente dans la paralysie générale même avec des idées expansives, exerce sa fâcheuse influence avec une activité plus grande encore, et qu'une terminaison fatale et prompte en soit le résultat.

M. Baillarger dit que cette forme hypochondriaque paraît pouvoir, dans quelques cas, servir au diagnostic de la paralysie générale; mais le délire mélancolico-hypochondriaque se remarque assez souvent lorsqu'il n'y a aucune lésion de la motilité, de sorte que sa présence pourrait parfaitement induire en erreur si l'on négligeait d'autres signes.

Le 28 février 1847, notre savant collègue, M. Ferrus, m'adressa un malade qui, dans son cabinet tout d'abord, ne lui présente que

©BIUM

des phénomènes psychiques morbides : idées ambitieuses, extravagantes, projets insensés. Quelques jours après, nous constatâmes, M. Ferrus et moi, que, dans certains moments, il y avait de l'embarras à la langue, de l'hésitation dans la prononciation, etc., symptômes dont sa famille s'était aperçue avant son entrée.

Les passages suivants d'une lettre écrite par le malade dans les premières semaines de son séjour dans la maison de santé feront connaître la situation mentale où il se trouvait : « Sire, c'est à votre protection que j'ai recours pour me faire délivrer des verrous sous lesquels je suis enfermé depuis dix-huit jours..... J'arrive, envoyé par Dieu, pour améliorer immensément le sort des hommes sur toute la terre; j'ai, dans une nuit où je ne dormais pas, été inondé tout à coup d'une splendeur qui m'a frappé et d'une lumière qui s'est détachée et infusée dans mon esprit. J'ai reçu la confidence de choses qui vont changer la face du monde, et rapprocher incommensurablement les hommes de la divinité. Dieu m'a choisi pour les établir sur la terre..... Jésus-Christ, mon prédécesseur..... J'aurai des moyens tels que je gagnerai plus de 150 millions par jour; j'ai trouvé le mouvement continu perpétuel, etc. »

Au bout de trois mois, une amélioration sensible se manifesta; les conversations de M. X... devinrent raisonnables, ses lettres pleines de raison; la parole était libre, le bégayement avait disparu; demandes réitérées pour rentrer chez lui. Cependant je pensai qu'il dissimulait et qu'il n'était pas aussi bien qu'on pouvait le supposer; je lui adressai quelques reproches sur certaines conversations peu sensées qu'il avait tenues en cachette; il m'envoya alors la relation suivante pour me prouver qu'il n'était plus aliéné, et cependant, dans ce moment-là même, il faisait des bons de cent mille francs et voulait acheter un hôtel aux Champs-Élysées.

« Mon aliénation n'était pas encore arrivée à sa dernière période lorsque je suis entré à la maison Pinel. Ce n'est que trois ou quatre jours après qu'elle a pris son développement. Je ne saurais expliquer aujourd'hui comment il m'était venu dans l'esprit des idées si extravagantes que j'en suis moi-même étonné aujourd'hui. J'écrivais au Roi à la Reine des choses qui ne venaient vraiment que d'une cervelle dérangée. Je crois me rappeler (j'ai conservé la ponctuation et l'orthographe du manuscrit) que je lui annonçais que nous allions pouvoir traverser les airs au moyen de frégates allégées par le vide, que les roues hydrauliques et locomotives de chemin de fer allaient être mues par un mouvement perpétuel d'eau courante qui se perpétuerait lui-même. De là, des sources inépuisables de richesses. Je me rappelle fort bien aussi que j'avais l'intention de percer et

©BIUM

traverser la terre par un trou et aller trouver au bout opposé le nadir de notre zénith. J'avais donc perdu tout à fait la tête et je remercie le bon Dieu qui a bien voulu me rappeler à la raison et me la rendre aussi saine aujourd'hui qu'elle était égarée il y a trois mois. Ces observations pourront être utiles à la science qui s'occupe des dérangements du cerveau. Aujourd'hui en écrivant mon histoire c'est comme si j'écrivais celle d'un autre homme que moi. Ma raison m'est parfaitement revenue et je n'éprouve plus qu'une sorte de honte qui me reste d'avoir pu donner des preuves si patentes de faiblesse dans ma cervelle. Cependant je n'ai plus aucune appréhension pour l'avenir, tout ce qui s'est passé me semble un rêve, et je me réveille avec toute ma raison.

» Fait au château de Saint-James, le 4 juin 1847.

» *Signé* X..... »

Ce que je viens de rapporter au sujet de M. X... tend à prouver qu'il serait parfois difficile de connaître la vérité, si l'on n'examinait pas les malades de très près. Si j'avais jugé de son état mental par les conversations que j'avais avec lui, par les lettres qu'il m'écrivait ostensiblement, j'aurais déclaré certainement qu'il n'était plus aliéné.

Le 7 mai 1855, je reçus dans mon établissement M. X... dont l'état était constaté par le certificat suivant : « Les médecins soussignés certifient que M. X... est affecté de démence et de paralysie générale accusant une affection cérébrale ancienne et remontant, suivant toute probabilité, à un an au moins, et que son état exige son séjour dans une maison spéciale. » (Signé *Legroux*, *Foville*, *Magne*.) Mon certificat portait qu'il était atteint de démence et de paralysie générale caractérisée par un affaiblissement des organes locomoteurs.

Dans les premiers mois, M. X... éprouve de l'embarras dans la langue, du bégayement, une trémulation spasmodique des lèvres; les mains sont tremblotantes, les membres pelviens sont faibles, la marche est mal assurée et légèrement chancelante; la mémoire des faits anciens est bien conservée, elle est faible et confuse sur ce qui s'est passé depuis qu'il est malade; les idées sont délirantes et vaniteuses, etc. Il existe une double amaurose depuis environ deux ans, et la cécité est complète, cependant le malade persiste à dire qu'il y voit. Vers l'automne, diminution des phénomènes paralytiques.

Les docteurs Foville et Legroux visitent de nouveau le malade en décembre, et constatent une amélioration de la lésion de la motilité, mais le même affaiblissement des facultés intellectuelles. Pendant l'hiver, la famille demande qu'il soit interdit. Il est interrogé par un

©BIUM

juge et par un substitut du procureur impérial, et le tribunal, sur le vu de son interrogatoire, prononce son interdiction.

Vers la fin de l'hiver, les phénomènes somatiques ont à peu près disparu ; un mieux sensible se manifeste, cependant l'affaiblissement mental ne peut être douteux.

Dans les premiers jours de mai, M. X... est retiré de la maison de santé. Peu de temps après, on lui conseille de demander la levée de son interdiction. On réunit trois médecins pour examiner le malade ; leur certificat porte que M. X... n'est pas atteint de *paralysie générale, et qu'il n'a pu en être affecté parce que cette maladie est incurable.*

La famille, à son tour, fait visiter M. X... par MM. Ferrus, Foville, Baillarger et Pinel, qui l'examinent avec une grande attention, longtemps et à plusieurs jours d'intervalle : déclaration de ces médecins qui concluent que M. X... est dans un état d'affaiblissement mental tel qu'il ne saurait diriger sa personne et administrer sa fortune.

MM. Falret, Brierre de Boismont et Blanche, nommés par le tribunal pour faire un rapport sur le malade, sont encore plus explicites dans leur appréciation ; ils disent qu'il est atteint d'une lésion des fonctions musculaires, d'un affaiblissement notable des facultés intellectuelles, et concluent de la même manière.

M. X.... est placé dans une maison de santé où il est soumis, pendant huit jours, à l'examen du médecin directeur ; cet honorable confrère cherche à prouver, dans son rapport, que M. X... *n'a pu être atteint de paralysie générale, parce que celle-ci va toujours en progressant, ne guérit jamais, et que les rémissions ne se voient pas à la période où il est arrivé.* Le tribunal de première instance et la cour d'appel ont levé l'interdiction ; seulement un conseil judiciaire a été donné à M. X..., qui a pu se marier quelques mois après.

A la fin de la dernière séance, M. le docteur Lisle m'a appris que M. X... était dans un état mental qui, d'après lui, ne laisse rien à désirer. S'il en est ainsi, ce serait, pour moi, un cas de guérison de paralysie générale.

Je ne veux pas élever ici une discussion à propos de cette observation ; je désire seulement faire remarquer à la Société que trois médecins d'abord ont déclaré l'existence de la paralysie générale, que deux d'entre eux l'ont constatée de nouveau sept mois après, que le médecin de la Préfecture l'a certifiée à trois reprises différentes ; que les médecins de la maison de santé, qui ont eu le malade sous

©BIUM

les yeux pendant une année, l'ont aussi attestée; que trois médecins aliénistes désignés par le tribunal ont émis la même opinion dans leur rapport, que deux autres aliénistes auxquels s'étaient joints les docteurs Foville et Pinel ont partagé le même avis; que cependant quatre autres médecins d'un mérite non contestable ont cru pouvoir affirmer que M. X... n'avait pu être atteint de paralysie générale, attendu qu'il n'existait actuellement aucun signe de cette maladie, qui d'ailleurs pour eux est incurable.

Cette observation, dont je n'ai donné qu'un récit succinct, ne vient-elle pas encore à l'appui de ce que j'ai voulu établir en rapportant quelques cas de paralysie générale avec folie, à savoir que, dans certaines circonstances, son diagnostic devient d'autant plus difficile que les phénomènes qui caractérisent cet état morbide diminuent ou se dissipent de façon qu'on ne peut en constater les traces; que, dans d'autres circonstances, la diminution ou la disparition seulement d'une série de symptômes fait douter tantôt s'il y a eu paralysie générale, tantôt s'il y a eu aliénation mentale. Si l'on examine un paralytique général aliéné pendant une rémission dans laquelle les phénomènes somatiques auront cessé de se manifester, on pourra certes ne pas croire à l'existence de la paralysie générale *actuellement*, mais il ne sera pas permis d'affirmer qu'elle n'a jamais existé. Il en est de même lorsque les symptômes psychiques ne se montrent plus, sont fugaces, ou sont dissimulés par les aliénés. On peut, dans ces cas, plus fréquents qu'on ne le pense, commettre des erreurs, et ne pas reconnaître la véritable situation physique et mentale de ces malades. Une attention soutenue, des examens successifs et fréquents, une étude non-seulement de l'état actuel, mais encore de l'état antérieur, sont les moyens qui peuvent éclairer les hommes consciencieux qui cherchent avant tout la vérité.

On a dit et répété que la paralysie générale est incurable; je crois que le mot *incurable* devrait être banni de la pathologie comme de l'administration hospitalière. Faut-il donc inscrire sur le frontispice des asiles, où l'on reçoit les aliénés paralytiques, les désolantes paroles du célèbre poëte italien : *Ici plus d'espérance?* Faut-il que les médecins restent encore sous l'impression fâcheuse que tous leurs efforts sont et seront toujours vains? Faut-il que, sans confiance dans leurs médications, leur pronostic sinistre continue à déchirer le cœur des familles déjà si malheureuses?

Quant à moi, j'ai la conviction profonde que la paralysie générale n'est pas au-dessus des ressources de l'art, et je suis heureux de pouvoir appuyer mon opinion sur plusieurs succès non contestables,

©BIUM

et entre autres sur l'observation si remarquable recueillie par M. Ferrus et rapportée dans la thèse de M. Lasègue. J'ai l'espoir que le temps n'est pas éloigné où l'on pourra compter un plus grand nombre de guérisons. En voici, si je ne me trompe, un exemple que je soumets à votre jugement.

M. B..., ancien avocat, âgé de soixante ans, entré le 13 avril 1846, a éprouvé, il y a environ dix-huit ans, une attaque d'apoplexie, à la suite de laquelle il a eu une hémiplégie incomplète du côté droit qui a toujours persisté pour le membre abdominal ; elle lui permettait cependant de marcher et d'aller même à la chasse.

M. B..., qui, jusqu'au moment de cette maladie, avait exercé la profession d'avocat avec une grande distinction, ne se livrait plus à aucun travail de cabinet. Toutefois il avait conservé toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles, et il fréquentait les cercles où il se faisait remarquer comme un excellent joueur; il vivait heureux dans son intérieur et aimait beaucoup sa femme, de laquelle il avait eu une fille.

M. B..., qui avait amplement usé de la vie, sous le rapport des femmes surtout, n'avait aucune relation sexuelle avec son épouse depuis environ deux ans, et l'on remarquait qu'il était un peu triste et morose. Quelques mois avant son entrée dans l'établissement, il devient gai et joyeux ; il éprouve des érections fréquentes, et trouvant que sa femme ne peut seule le contenter, il court les maisons publiques, où il se livre à des excès de coït; il est atteint d'un priapisme intense, et presque en même temps le délire se déclare sous la forme ambitieuse. Les médecins de la ville, ayant employé sans succès divers moyens, conseillent à sa femme de le conduire à Paris, et de le mettre dans une maison de santé d'aliénés.

Placé dans le coupé de la diligence avec sa femme et sa fille âgée de douze ans, il ne cesse de chanter et de tenir des propos obscènes. La mère est obligée de mettre sa fille dans l'intérieur pour lui épargner un pareil spectacle. Resté seul avec elle, il quitte tous ses vêtements jusqu'à la chemise, et se livre, pendant la nuit, *une douzaine de fois au coït avec émission de sperme.*

Le lendemain de son arrivée à Paris, il est conduit dans notre établissement, croyant aller chez un chimiste distingué, afin de lui soumettre ses plans d'exploitation d'une mine de *térébenthine fossile* dont il porte des échantillons dans un mouchoir.

Voici dans quel état nous trouvons le malade : Tête chaude, principalement à l'occiput; face congestionnée, yeux brillants, sourire continuel ; parole difficile, bégayement assez prononcé dans

©BIUM

certains moments ; loquacité, agitation ; propos obscènes, désir de voir des femmes ; paralysie incomplète du membre abdominal droit ; le membre thoracique du même côté ne présente pas de différence avec le gauche ; circulation régulière et normale ; mémoire affaiblie pour les faits récents ; les jours suivants, exaltation plus grande, chants joyeux et sales ; projets insensés, idées de grandeur et de fortune. Le malade est général, roi, empereur ; il va secourir la Pologne à la tête d'un régiment cuirassé comme dans le moyen âge et qu'il vient de créer à ses frais. Il épouse une princesse du sang royal ; le délire satyriaque va en augmentant ; il crie, il vocifère ; il demande des jeunes filles pour satisfaire ses désirs brûlants ; insomnie, loquacité incessante, hallucinations. Le malade cause avec plusieurs jeunes filles qu'il croit tenir dans ses bras ; il les appelle par leurs noms ; il s'extasie sur le bonheur, les délices, les voluptés qu'elles lui procurent ; il s'étend sur la description de leurs charmes ; il est dans une ivresse complète.

Cet état de surexcitation des organes génitaux continue pendant trois semaines, et finit enfin par céder aux moyens mis en usage (ventouses à la nuque, bains prolongés de cinq, six, huit et dix heures par jour, avec douche froide en pluie fine sur la tête pendant la durée du bain ; laxatifs, boissons mucilagineuses et nitrées ; potions camphrées et opiacées ; régime doux).

La paralysie générale fait des progrès. Le malade devient sale, il laisse échapper les excréments et les urines dans son lit et dans ses vêtements, il se vautre dans l'ordure ; ses membres sont de plus en plus faibles, et peuvent à peine le soutenir ; il traîne les deux membres inférieurs et sa marche chancelante devient de plus en plus difficile. La parole est plus embarrassée, la langue est tremblotante ; la nutrition ne se fait pas, le malade maigrit tous les jours ; les jambes et les pieds sont fortement œdématiés ; les yeux sont ternes, le facies stupide, le sourire continuel et niais ; la sensibilité des plus obtuses, la mémoire nulle. Les facultés affectives sont à peu près anéanties, il voit et quitte sa femme avec indifférence ; il dit être le plus heureux des hommes ; il est incapable de tenir et de suivre la plus légère conversation. Une seule chose l'occupe et l'absorbe, ce sont les diamants dont il a trouvé une mine dans le jardin de sa division ; il passe son temps à creuser la terre et à ramasser tous les cailloux, tous les débris qu'il voit et qu'il prend pour des pierres précieuses dont la valeur lui paraît incalculable. Il les trie, les classe et les met dans une partie du jardin pour les déposer ensuite dans son cabinet ; les plus précieux sont placés quelquefois en si

©BIUM

grande quantité dans ses poches et dans sa chemise, dont il forme une espèce de sac au-dessus de son pantalon, qu'il ne peut plus bouger de l'endroit où il est assis. Si on lui maintient les mains, il creuse la terre avec ses pieds; si on le force à quitter sa mine et ses diamants, il crie, il pleure, il s'agite et demande en grâce qu'on lui donne la liberté d'y retourner. Une fois là, il ne parle plus et est parfaitement tranquille. L'urine qui s'écoule constamment est tellement chargée d'albumine, qu'elle est complétement *laiteuse*. La saleté est encore plus grande ; il a quelques heures de sommeil ; mais, dès le commencement du jour, le malade veut se lever; il crie, il frappe pour qu'on lui ouvre, afin d'aller reprendre ses travaux. L'affaiblissement physique et moral va en augmentant ; le malade a besoin d'un aide pour marcher; la faim est insatiable.

Vers le commencement du mois d'août, quatre mois après son entrée, fièvre, douleur abdominale, dysentérie, respiration embarrassante ; bronchite intense ; gonflement œdémateux considérable des jambes et des pieds avec érysipèle à la jambe gauche seulement ; pouls petit et accéléré ; faiblesse extrême, soif ardente, langue rouge et sèche ; continuation du délire, gaieté constante, rire hébété ; prononciation toujours difficile ; décubitus sur le dos, eschares gangréneuses au sacrum et au talon droit. (Eau de riz gommée, lavements amylacés et laudanisés, potions gommeuses opiacées, cataplasmes sur l'abdomen, puis diascordium et vin de quinquina ; bouillons gras).

Sous l'influence de ce traitement, les symptômes de la maladie intercurrente diminuent, et, vers la fin du mois, le malade peut quitter le lit. Les idées délirantes sont les mêmes, mais plus variées. Il est propriétaire du château de Randan, appartenant à madame Adélaïde ; il est riche à millions, etc. Du reste, il continue à être gâteux la nuit et le jour ; ne pouvant se tenir sur ses jambes et à peine sur son séant, il se couche pour ramasser des pierres, et il répète qu'il est le plus heureux des mortels. Ses jambes sont toujours œdématiées, principalement le soir.

Dans la première quinzaine de septembre, deux cautères à la nuque; bains avec affusions fraîches ; continuation du vin de quinquina ; régime tonique.

La nutrition se fait mieux, le malade est plus tranquille la nuit et dort bien ; les déjections sont moins involontaires ; bientôt le malade ne se salit plus ; l'embonpoint revient, la faiblesse diminue, il peut faire quelques promenades; la parole est moins embarrassée,

©BIUM

mais il délire toujours ; il veut sortir de l'établissement parce qu'il ne se croit pas malade, et il exprime sa volonté d'une manière plus énergique ; il s'occupe un peu moins de ses diamants.

Vers le milieu de septembre, les facultés intellectuelles paraissent être moins altérées ; sa conversation est suivie et moins déraisonnable ; sa mémoire est meilleure ; il désire voir sa famille et se plaint qu'on ne vient pas le visiter ; il parle moins de ses idées chimériques qu'on n'a cessé de combattre ; il n'est plus, du reste, si affirmatif, il est parfois dans le doute ; ses convictions sont ébranlées dans les conversations fréquentes que nous avons ensemble.

Le sommeil est bon, les fonctions normales ; calme, lecture, promenades, distractions ; parole plus libre. Le malade croit toujours que les cailloux dont il fait une collection sont des diamants, cependant il ne s'occupe plus d'en chercher d'autres, et il néglige ceux qui sont ramassés ; il persiste à dire qu'il est propriétaire du château de Randan ; il écrit à sa femme et à son oncle des lettres qui sont insensées ; il pense que sa femme n'a pas quitté Paris, et prétend qu'il l'a vue, ainsi que sa fille, et qu'on le trompe.

Ayant toujours eu de la confiance en nous et reconnaissant l'intérêt que nous lui portons, il nous écoute avec attention lorsque nous cherchons à lui prouver qu'il a été le jouet d'illusions nombreuses et sous le coup d'idées délirantes qui ne lui ont pas permis de juger sainement.

Nous lui annonçons une lettre de sa femme et son prochain retour à Paris, où elle doit venir le chercher pour le ramener dans sa famille. Deux jours après, vers la fin de septembre, il reçoit la lettre de sa femme, et, à partir de ce moment, nulle trace de délire ; il reconnaît qu'il a été aliéné, et il déclare qu'il est délivré pour toujours de ses idées folles ; il nous témoigne une vive reconnaissance. Sa femme arrive, il la revoit avec bonheur, et elle le trouve plein de raison ; sa parole est facile ; sa conversation agréable et pleine d'aménité.

Il part le 10 octobre dans un état parfait de lucidité, et rentre dans son pays natal.

Pendant dix ans, jusqu'à sa mort, la guérison ne s'est pas démentie. Il nous a écrit plusieurs fois pour nous exprimer sa reconnaissance.

M. Baillarger présente quelques observations au sujet de la lecture de M. Pinel.

M. Pinel a dit que l'affaiblissement de la puissance génitale est moins fréquent qu'on ne l'a avancé ; il est déjà arrivé à M. Linas

©BIUM

de me faire le même reproche. J'ai voulu remonter au texte ; j'ai dit *quelques individus* ; je n'accepte donc pas la critique de M. Pinel ; j'ai peut-être, au contraire, donné à ce symptôme moins d'importance qu'il n'en mérite.

Maintenant je dirai qu'au sujet du délire hypochondriaque, je suis d'avis de ne pas établir de diagnostic sur ce seul ordre de symptômes, même sur le délire hypochondriaque spécial des paralytiques que j'ai signalé dans mon mémoire à la Société de médecine ; j'ai dit seulement que ce délire particulier pouvait aider au diagnostic, à cause de sa forme bien définie. Le délire de négation et d'obstruction des organes se rencontre neuf fois sur dix chez les paralytiques, une fois sur dix seulement chez les autres malades.

Quant à la diathèse gangréneuse, il y a beaucoup de vrai dans ce qu'a dit M. Pinel ; il y a chez les paralytiques des motifs pour que cette complication ait une marche rapide. Ainsi j'ai vu une malade qui, depuis dix-huit mois, travaillait dans les caves, ne plus vouloir se lever un beau matin, prétendant qu'elle n'a plus de jambes ; quinze jours après, la gangrène avait envahi les dix orteils. J'ai vu des eschares avant l'alitement, une fois dans mon service à la Salpêtrière, et une autre fois dans mon établissement privé. Cela m'a frappé, et j'ai dit que la diathèse gangréneuse paraissait marcher très vite dans la paralysie générale. Je limite cette observation à un certain nombre de faits.

J'ai remarqué avec plaisir, dans une des observations, la guérison coïncidant avec un abcès énorme ; ce fait s'ajoute à beaucoup d'autres qui nous montrent les rémissions et les guérisons coïncidant toujours avec des crises. Ainsi, dans l'observation de M. Morel, on retire un litre de pus d'un abcès du foie ; on trouve deux litres de pus à l'amphithéâtre chez une autre malade ; dans un cas observé par MM. Ferrus et Trélat, il y eut une phlébite, un abcès considérable ; une salivation extrêmement abondante accompagna la guérison chez un négociant ; des furoncles apparurent en grande quantité chez un autre malade. Voilà pour ce qui pouvait m'intéresser en particulier ; quelques mots maintenant sur la question générale.

M. Pinel nous a dit tenir de M. Rostan que les cinq sixièmes des paralytiques qu'il voyait en ville n'étaient pas aliénés. Pour mon compte, je n'ai jamais vu de paralysie générale à une période assez avancée sans affaiblissement de l'intelligence. J'ai vu deux cas cependant où l'embarras de la parole et la lésion des mouvements ne

©BIUM

s'accompagnaient pas de trouble intellectuel : la première fois chez un malade belge que j'ai vu avec MM. Trousseau et Lasègue ; la seconde, il y a quinze jours, chez un employé de légation que j'ai vu avec M. Cerise. J'ai vu, il y a cinq ou six ans, un négociant des Ardennes avec une lésion des mouvements assez prononcée, de l'inégalité des pupilles, sans affaiblissement de l'intelligence. Je ne confonds pas ces paralysies, non plus que les faits de M. Rostan, avec celles que nous observons tous les jours ; ce sont des affections de la moelle épinière, et non des paralysies générales. Je crois qu'il y a entre ces deux classes de maladies une différence radicale de siége et de nature.

M. Pinel. M. Rostan partage les idées de M. Parchappe sur l'inflammation de la couche corticale, avec tendance au ramollissement dans la paralysie générale. Je lui ai demandé dernièrement encore ce qu'il pensait de la paralysie générale sans aliénation ? Il m'a répondu : Les cinq sixièmes des paralytiques auprès desquels je suis appelé en consultation ne sont pas des aliénés ; si M. Calmeil a considéré cette maladie comme une affection spéciale aux aliénés, c'est qu'il observait à Charenton.

M. Delasiauve insiste, comme il l'a fait souvent, sur la nécessité d'une distinction. Les symptômes paralytiques peuvent dépendre de causes diverses ; il ne faut pas dès lors confondre avec une affection *sui generis*, constituant une sorte d'*idéal*, de *type pathologique*, des états morbides n'ayant d'affinité que par une trompeuse apparence. Telles sont, entre autres, les graves dégradations qui atteignent notamment les parties centrales du cerveau.

Dans ces cas, d'ailleurs, la physionomie du mal n'est pas absolument identique. Il est rare que les lésions du mouvement ne soient pas avancées déjà lorsque se manifestent graduellement les troubles de l'intelligence ; ce qui est le contraire de la paralysie générale spontanée correspondant à un travail sourd et intestinal, et où souvent le délire caractéristique précède l'apparition des premiers désordres musculaires.

M. Delasiauve, dans un ouvrage inédit, a prouvé, par une foule d'observations, qu'à l'exception d'un affaiblissement plus ou moins prononcé des facultés, il n'existe ni incohérence, ni idées fixes dans les paralysies consécutives aux congestions apoplectiques. Outre les signes auxquels il est possible de reconnaître le ramollissement, douleur de tête, pâleur du visage, etc., il a constaté aussi que ce genre de lésion laisse au malade assez de conscience pour qu'il suive avec anxiété toutes les phases de sa propre déchéance.

©BIUM

Le fait le plus remarquable à cet égard est celui d'un commis des droits réunis habitant une ville de province.

Il y a environ quinze ans, cet homme, jeune encore, éprouva des accès de suffocation violents, prolongés, dans l'intervalle desquels la respiration demeurait gênée. A ces accidents s'ajouta une paralysie des extrémités inférieures, puis supérieures. Pendant sept mois, ayant en vain épuisé les médications antispasmodiques et révulsives, il se décide à aller à l'hôpital. M. Briquet, dans le service duquel il avait été admis à Cochin, le traite sans plus de succès. Au bout de deux mois, en désespoir de cause, il lui applique enfin un long vésicatoire s'étendant de la racine du cou aux dernières vertèbres lombaires. L'effet en est magique, et, sous son influence, on voit disparaître, comme par enchantement, les formidables symptômes qui menaçaient l'existence.

Le malade reprend ses fonctions. Dix ans après, revenant de course, en compagnie d'un de ses collègues, sur le minuit, son cheval fait un faux pas et le précipite dans un ravin. A partir de ce moment, la santé chancelle. Le malade se plaint de céphalalgie; le travail lui devient pénible; il s'aperçoit de son inaptitude; sa parole s'embarrasse, et il commence à sentir dans les membres de la faiblesse et des fourmillements.

La confiance le ramène chez M. Briquet. Mais la marche précipitée de l'accident ne laisse plus de doute sur l'existence d'une paralysie générale. M. Briquet lui conseille de venir à Bicêtre. La mémoire est fragile; il répète souvent les mêmes idées, mais il apprécie les péripéties et la gravité de son mal. Au facies, nous jugeons qu'il existe à la base du cerveau un ramollissement. Quatre attaques apoplectiques se succèdent à de courts intervalles. La dernière emporte le malade.

Comme nous lui avions donné des soins dans sa première maladie, nous étions curieux de savoir jusqu'à quel point les accidents récents pourraient se relier à ceux qui avaient si inopinément guéri.

Si nous ne nous trompons, ils en étaient indépendants, et les résultats de l'autopsie nous ont donné la clef de cette double et singulière manifestation.

Ainsi, le canal vertébral était rétréci à sa partie supérieure par une exostose éburnée occupant la face interne et antérieure de la première vertèbre. Avait-elle une origine syphilitique? La chose est probable. Toujours est-il que, la supposant beaucoup plus considérable dans le principe, il est assez rationnel de lui attribuer, par

©BIUM

suite de la compression de la moelle, et la dyspnée et la paraplégie ; s'étant ensuite en partie résolue, le rétablissement du courant nerveux aura permis le libre exercice des membres et du poumon. *Causâ sublatâ, tollitur effectus.*

Quant aux phénomènes ultérieurs, voici de quoi les expliquer. Dans le tissu des hémisphères, à la base, étaient enchâssées deux coques cartilaginiformes à point de départ évident d'un ramollissement très étendu et d'une profondeur de 5 à 10 millimètres. Les tumeurs étaient anciennes, on n'en saurait douter ; l'ébranlement de la chute a dû provoquer autour un travail phlegmasique qui s'est traduit par la mortification du tissu encéphalique.

Quoi qu'il en soit, cette paralysie ne ressemble pas à la paralysie générale idiopathique.

La forme ambitieuse du délire n'offre pas, de son côté, une signification pathognomonique, et si, jointe à d'autres symptômes, elle permet d'entrevoir fréquemment, au milieu de l'agitation, la naissance de la maladie, il n'est pas rare non plus qu'on la rencontre chez des maniaques exempts de paralysie et susceptibles, sinon de guérison radicale, au moins d'intermission que l'on pourrait considérer comme une franche convalescence. En ce moment, j'ai, dans le service de M. Voisin, plusieurs malades très curieux sous ce rapport. L'un manie les millions, l'autre a toutes les sciences infuses ; tous deux distribuent les places avec une libéralité fabuleuse. Pendant et hors de l'accès, aucune trace de lésion musculaire. La folie date déjà de plusieurs années. Pareille circonstance s'est présentée chez un jeune homme qui, entre dix-huit et vingt-neuf ans qu'il a succombé à une paralysie générale, a éprouvé huit ou dix accès d'excitation maniaque séparés par des périodes d'immunité de dix à douze mois ; c'est la dernière année seulement que les mouvements se sont affaiblis.

Était-ce déjà la paralysie générale ? Dans les intervalles de troubles, la cure était-elle parfaite ? En l'état des connaissances, il est délicat de se prononcer sur un semblable problème. Je dois dire pourtant qu'indépendamment des exemples relatés par les auteurs, je possède plusieurs faits personnels où, après la disparition d'accidents formels, la santé a continué de se maintenir. La réserve est donc d'une parfaite convenance.

M. Baillarger. Si M. Rostan considère cette maladie comme un ramollissement de la couche corticale, comment s'explique-t-il que l'intelligence ne soit pas altérée ? M. Delasiauve a dit qu'il y avait des accès d'excitation maniaque avec signes de paralysie qui guéris-

©BIUM

saient très bien. Je crois qu'on ne guérit pas la paralysie générale vraie ; mais c'est précisément parce que cette maladie est complétement incurable qu'il faut en séparer la manie ambitieuse avec embarras de la parole, et qui diffère de la manie dynamique par l'élément congestif. M. Delasiauve vient de défendre ma cause aussi bien que je l'aurais fait moi-même.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire particulier, CH. LOISEAU.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet, par M. le Dr L.-V. MARCÉ, ancien interne, lauréat des hôpitaux et de la Faculté de médecine, membre titulaire de la Société anatomique. — Un volume in-8, chez J.-B. Baillière et fils.

Il serait assurément difficile de trouver, dans toute la pathologie mentale, un sujet plus éminemment digne d'intérêt que la folie puerpérale. Les circonstances graves et émouvantes au milieu desquelles la maladie se déclare le plus souvent, l'existence ou tout au moins la vie morale de deux êtres à la fois compromise, des difficultés sérieuses de pratique, des questions médico-légales parfois fort embarrassantes ; enfin des relations évidentes, mais compliquées et difficiles à suivre, entre les fonctions cérébrales et celles de l'utérus, le recommandent également aux méditations des jurisconsultes, aux investigations de l'aliéniste et à l'étude attentive du praticien. Les éléments de cette étude étaient, par malheur, fort épars dans la science, et c'est un vrai et grand service rendu par M. Marcé à la médecine pratique autant qu'à la pathologie spéciale de les avoir réunis, coordonnés et augmentés de recherches et d'observations nouvelles. Intimement unie à la médecine pratique par ses connexions avec l'état puerpéral, cette portion de la pathologie mentale ne saurait être sans danger négligée par les praticiens et réservée aux hommes spéciaux. Ils ont trop souvent à se prononcer dans les questions délicates et graves qui s'y rapportent. Ne trouvant pour les résoudre que des données tout à fait insuffisantes dans les traités généraux, et ne pouvant, faute de temps, aller à leur recherche, observer toute la pathologie spéciale, ils seront certainement heureux d'avoir un guide sûr dans une monographie aussi consciencieusement que sagement faite. D'ailleurs, il faut le dire, l'histoire de la folie puerpérale était bien loin de se trouver faite, même dans les traités spéciaux, et, sur bien des points, M. Marcé a eu à la constituer sur des bases nouvelles, c'est-à-dire sur des observations attentivement analysées. Disons tout de suite

©BIUM

qu'on trouve dans tout l'ouvrage une empreinte de réserve et de bonne foi qui doit inspirer la plus entière confiance dans les résultats auxquels l'auteur est arrivé et dont il ne cherche nulle part à exagérer la valeur.

Prenant l'épithète *puerpérale* dans sa plus large acception, il a compris dans un cadre toutes les aliénations qui éclatent depuis le début de la grossesse jusqu'à la fin de l'allaitement. Peu importent ici les difficultés théoriques que soulève la détermination de ce qu'on doit appeler état puerpéral. Il suffit que toute la période embrassée par l'auteur entraîne avec elle une évidente prédisposition à la folie, il suffit que le rapprochement et la comparaison des folies qui se manifestent à différentes époques de cette période puisse, comme on le verra, fournir des renseignements utiles et des déductions d'une incontestable valeur.

Tous les faits de cet ordre sont répartis par M. Marcé en quatre groupes répondant aux quatre phases de la fonction puerpérale, la grossesse, l'accouchement, les suites de couches et l'allaitement. Non qu'à chacun de ces groupes se rapporte une forme spéciale de folie, mais parce que, dans chacun d'eux, la maladie prend naissance sous l'influence de causes spéciales et se développe avec des particularités très remarquables sous le rapport de la gravité, de la marche et même des prédominances symptomatiques.

Avant d'arriver à la description des folies puerpérales, on trouve discutée, dans une première section, l'influence que l'action sympathique de l'utérus peut avoir sur leur développement. Ce n'est pas précisément à démontrer la réalité des sympathies morbides et de celles de l'utérus en particulier que l'auteur s'attache dans cette discussion. Les faits de cette nature actuellement connus sont en assez grand nombre et se présentent souvent avec un caractère d'évidence assez complet pour qu'on ne puisse les révoquer en doute. Quand l'extirpation d'un polype utérin ou l'application d'un pessaire mettent fin à un accès d'aliénation, il n'y a pas place pour le doute ; la sympathie morbide est aussi parfaite et aussi évidente que possible. Mais les choses ne se présentent pas toujours avec netteté ; les troubles cérébraux ne suivent pas toujours aussi fidèlement les phases de l'affection utérine : bien souvent on les voit persister, alors même que la lésion sous l'influence de laquelle ils avaient pris naissance, disparaît, va s'éteindre. Pour ces faits très différents des premiers et où la réaction sympathique ne suit pas les vicissitudes de la cause qui l'a fait naître, M. Marcé propose le nom de sympathie *imparfaite*. Or, c'est à cette dernière forme de la sympathie morbide que se rap-

©BIUM

portent, suivant lui, la plupart des folies puerpérales, les accès momentanés provoqués par l'acte de l'accouchement, les affections mentales qui accompagnent la grossesse dès son début, et qui cessent avec l'état puerpéral, chose assez rare d'ailleurs. Enfin les cas plus rares encore de délire passager lié à la fièvre de lait lui semblent pouvoir être seuls considérés comme des exemples de sympathie parfaite. Au point de vue du pronostic et du traitement, cette distinction prend une grande importance ; car si, dans le cas de sympathie parfaite, la lésion primitive, disparaissant spontanément ou par l'intervention de l'art, emporte avec elle le délire, dans tous les autres cas on s'en prendrait vainement au point de départ de la maladie qui, après avoir servi de cause excitante, a perdu toute influence sur les désordres cérébraux qu'elle avait provoqués.

Vient ensuite un chapitre de statistique, où l'auteur cherche à établir, d'après de nombreux documents puisés à des sources très diverses, la fréquence de la folie puerpérale en général, et la fréquence relative aux différentes époques de l'état puerpéral. A en juger par ces documents, la folie puerpérale ne serait pas absolument bien fréquente, puisqu'on n'en compterait guère que 22 cas sur près de 10 000 accouchements. Toutefois, dans les asiles, sur 12 ou 13 femmes aliénées, on en trouve une dont la folie reconnaît cette origine. Mais pour qui sent les difficultés de la statistique et les innombrables causes d'erreur qui s'y glissent inévitablement, il sera facile de concevoir que M. Marcé ne donne ces résultats que comme approximatifs. Ses recherches lui en ont fourni un autre plus intéressant et plus remarquable : c'est que la période qui suit immédiatement l'accouchement est celle où l'on voit le plus souvent la folie survenir, tandis qu'elle éclate plus rarement pendant l'allaitement, et surtout pendant la grossesse. Preuve nouvelle à l'appui de l'opinion qu'il professe sur la rareté des folies puerpérales vraiment sympathiques, puisque le début de la grossesse, où les troubles nerveux sympathiques, liés au développement de l'utérus, sont en général le plus marqués, est précisément l'époque où l'aliénation se manifeste le moins souvent.

Dans les chapitres suivants, se trouve l'analyse très étudiée des différentes formes de la folie puerpérale.

Folie des femmes enceintes. — Il se manifeste assez souvent pendant la grossesse des troubles cérébraux qui, sans atteindre le degré qui mérite le nom de folie, constituent des déviations de l'état normal sous forme d'excitation, de dépression ou même de désordre limité à une portion circonscrite de l'intelligence ou du sentiment. Ces troubles moraux sont assez généralement connus pour que

©BIUM

l'auteur n'ait pas eu à y insister beaucoup. D'ailleurs, ils n'ont avec la véritable folie que des rapports éloignés. Chez le plus grand nombre des femmes, ils cessent avec la grossesse ou même avant son terme, sans conduire à rien de plus grave, et, d'un autre côté, ils manquent bien souvent chez celles qui, plus tard, doivent être atteintes d'aliénation. Ce qu'ils ont de plus fâcheux est l'inquiétude pénible où ils peuvent tenir longtemps famille et médecin, la crainte qu'ils font souvent naître de voir éclater une folie complète dont ils seraient les prodromes. Il y aurait donc un immense intérêt à distinguer toujours avec certitude ces troubles moraux transitoires du début d'un accès de folie. Le diagnostic est malheureusement difficile, et sa difficulté donnera un grand prix à une règle établie par l'auteur, d'où peut être déduit un caractère différentiel fort utile. Cette règle est qu'à part les cas fort rares où la folie commence en même temps que la grossesse, elle ne débute guère qu'à partir du quatrième mois, pour croître ensuite progressivement, tandis que les troubles moraux sympathiques, très marqués dans les premiers mois, vont généralement ensuite en s'effaçant peu à peu.

Les différentes formes de la folie des femmes enceintes, parmi lesquelles prédomine la forme mélancolique, fournissent à l'auteur le sujet de descriptions et de remarques fort intéressantes. Mais ne pouvant le suivre dans tous ces détails, notons seulement comme observations surtout pratiques et comme résultats assez inattendus de l'analyse des faits étudiés par M. Marcé : 1° Que la folie se montre plus fréquente chez les multipares que chez les primipares, d'où l'on voit qu'une première grossesse sans accident chez une femme prédisposée n'est pas un motif suffisant de se rassurer sur l'avenir ; 2° que la folie qui débute avec la grossesse même paraît être plus souvent et plus facilement curable que celle qui ne se déclare que pendant le cours de la gestation, remarque qui deviendrait fort précieuse au point de vue du pronostic, si des observations plus nombreuses venaient les confirmer, et qui expliquerait peut-être la dissidence où se trouvent les auteurs au sujet du pronostic de la folie puerpérale ; 3° enfin qu'il ne se trouve, parmi les faits très nombreux que l'auteur a pu étudier à ce point de vue, qu'un très petit nombre de cas où l'accouchement ait mis fin aux troubles intellectuels survenus pendant la grossesse. Et en présence du peu de chances qu'il y a de voir le terme de la gestation devancé amener celui de folie, unissons-nous à l'auteur pour réprouver complétement l'avortement proposé comme moyen de guérison de la folie des femmes grosses.

A côté des cas de folie déterminée par la grossesse se place natu-

©BIUM

rellement la question de l'influence que celle-ci peut exercer sur la folie préexistante. Question grave et d'un plus grand intérêt, car elle se rattache à un point de pratique des plus délicats. Quelques exemples de folie guérie par une grossesse intercurrente se rencontrent dans les traités d'aliénation, et des médecins se sont quelquefois crus autorisés par là à conseiller la grossesse comme moyen ou comme chance de guérison chez des femmes atteintes de folie chronique. D'une discussion approfondie à ce sujet et de l'analyse d'un nombre assez considérable de faits, M. Marcé conclut que la grossesse suspend, il est vrai, momentanément le délire, mais que, le plus souvent, elle exagère les accidents et que la guérison définitive amenée par elle est infiniment rare. Il n'a pu trouver dans la science que cinq exemples de cette guérison ; et en les comparant entre eux, il a remarqué que ces cinq cas se rapprochaient, par leur nature érotique, du délire. En présence de semblables résultats et d'une statistique aussi peu encourageante, il n'est sans doute pas besoin d'insister sur la conduite à tenir par le médecin ; et la crainte de voir une mère aliénée mettre au jour un enfant destiné à l'idiotie ou à l'aliénation n'aura nul besoin de s'ajouter aux autres considérations pour lui faire repousser le conseil d'une grossesse en de pareils cas.

L'érotisme du délire pourrait-il autoriser une tentative qui compte un si petit nombre de succès? C'est une question qui mérite d'être posée, mais dont la solution ne semble pas pouvoir être donnée d'une façon générale.

Il est remarquable, d'ailleurs, que, chez les femmes aliénées, le travail de l'accouchement s'est fait presque toujours sans douleur, circonstance qui peut avoir son importance au point de vue de la médecine légale ; les suites de couches n'ont jamais rien présenté d'anormal.

Nous arrivons à la question médico-légale du libre arbitre chez les femmes enceintes, question presque toujours difficile et obscure. La solution que lui donne l'auteur est fort simple et découle naturellement de sa doctrine. N'admettant pas que la grossesse puisse être autre chose qu'une cause excitante de la folie qu'elle contribue à faire éclater avec l'aide de la prédisposition et le concours d'autres causes, appuyé d'ailleurs de l'opinion de l'aliéniste allemand Jöry, il pense qu'à elle seule elle ne saurait jamais servir d'excuse à un acte répréhensible, et que, dans l'état de grossesse comme en dehors de lui, l'exploration attentive des facultés intellectuelles de l'inculpée peut seule fournir les éléments d'une appréciation rigoureuse de ses actes.

©BIUM

Folie transitoire au moment de l'accouchement. — C'est un fait connu de tous les accoucheurs que l'extrême exaltation dans laquelle les violentes douleurs d'un accouchement laborieux jettent la plupart des femmes. Chez une femme prédisposée cette exaltation peut dépasser les limites physiologiques et devenir un véritable accès de folie. Mais cet accès cesse d'ordinaire avec la cause qui l'a fait naître. M. Marcé en a réuni un bon nombre d'exemples authentiques, et signalant les difficultés extrêmes auxquelles le caractère transitoire de ce délire peut donner lieu en médecine légale, il les livre aux méditations des jurisconsultes que les circonstances de chaque fait particulier peuvent seules éclairer.

Folie des nouvelles accouchées et des nourrices. — La folie chez les nouvelles accouchées et les nourrices reconnaît à peu près les mêmes causes, aussi l'auteur a-t-il réuni cette étiologie commune dans un même chapitre.

Après avoir montré par l'analyse des observations que la suppression des lochies, de la lactation, n'a aucun rapport habituel et nécessaire avec le début des accès, et que par conséquent les théories humorales qui se fondent sur elle pèchent par la base; après avoir indiqué que pour lui l'état puerpéral consiste en une réunion d'influences et de conditions multipliées et diverses qui demandent à être étudiées séparément, l'auteur expose sous les titres de causes prédisposantes et de causes occasionnelles toutes les influences qui lui paraissent pouvoir prendre part à la production et au développement de la folie dans les circonstances déterminées.

Au nombre des prédisposantes, il range l'hérédité, que sa fréquence met en tête de toutes les autres, car on la retrouve dans près de la moitié des cas; les bizarreries de caractères, qui sans doute ne sont qu'une des manifestations de la prédisposition cérébrale; l'anémie et la débilité, qu'il a observées chez un bon nombre de malades et qui lui semblent jouer un rôle important; les accouchements répétés et rapprochés, qui paraissent agir précisément en amenant cette débilité; l'âge avancé des malades, dont il constate l'influence en comparant à l'aide de diverses statistiques le nombre des folies puerpérales et celui des accouchements aux différents âges; l'état normal habituel du sujet, qui semble n'être pas sans influence sur la forme qu'affecte l'aliénation; enfin le sexe de l'enfant, dont l'influence inexplicable n'en semble pas moins prouvée par un bon nombre de faits.

Les accouchements laborieux, les convulsions éclamptiques, les émotions morales, comptent au nombre des causes occasionnelles, mais on les trouve plus rarement qu'on ne serait porté à le croire

©BIUM

dans les antécédents des accouchées et des nourrices atteintes de folie. Quant au chloroforme, fort accusé en Angleterre, où son usage dans les accouchements est assez répandu, M. Marcé a cru pouvoir l'exonérer de tout reproche, aucune des observations publiées ne lui ayant paru établir d'une façon positive qu'il ait réellement contribué au développement de la folie. Mais si l'influence de ces diverses causes occasionnelles paraît bien faible, il n'en est plus de même pour celle des hémorrhagies abondantes et surtout du retour de la menstruation. Cette dernière, indiquée assez récemment par M. Baillarger, paraît avoir une grande importance. Par des recherches attentives l'auteur est souvent parvenu à constater que les accidents dont on rapportait le début au deuxième ou troisième mois après l'accouchement remontaient en réalité beaucoup plus loin, et précisément à l'époque où les règles avaient dû se rétablir. Inutile d'ajouter les déductions pratiques qui se peuvent tirer de ce fait remarquable.

Folie chez les nouvelles accouchées. — La période qui s'étend de l'accouchement au retour de couches est celle où se déclare le plus souvent l'aliénation. C'est à elle que se rapportent plus de la moitié des cas connus de folie puerpérale.

Il n'est pas de forme d'aliénation qu'on n'y ait observée ; mais la manie y est plus fréquente, la mélancolie vient après dans l'ordre de fréquence, et enfin les différentes variétés du délire partiel. L'auteur donne une description très soignée de chacune d'elles et insiste sur plusieurs particularités importantes du traitement. Mais nous ne saurions le suivre dans ces nombreux détails, d'autant plus qu'au point de vue symptomatique, la manie, la mélancolie et la monomanie puerpérales diffèrent peu de ce qu'elles sont en dehors des conditions de puerpéralité.

Ce qui est fort digne de remarque, c'est que leur curabilité est généralement plus grande ; tellement que la manie, malgré les dangers du délire aigu qui la complique parfois, guérit cependant dans les deux tiers des cas, et que toutes les malades atteintes de mélancolie ont été guéries, moins une qui succomba à une tuberculisation, et une autre qui fut perdue de vue.

Un fait signalé déjà, surtout en Angleterre, la coïncidence de l'albuminurie avec la manie puerpérale, a été de la part de l'auteur l'objet de recherches suivies. Mais ces recherches ne lui ont donné, pas plus qu'à ses prédécesseurs, aucun résultat positif. L'albuminurie se montre dans ce cas d'une façon fort capricieuse. Des observations récentes de M. Gigan (d'Angoulême) ne pourraient-elles pas faire penser que l'agitation plus ou moins grande et la fréquence

©BIUM

fort inégale du pouls ne sont pas sans influence dans ces résultats variables de l'examen des urines?

A côté de la monomanie des accouchées, maladie assez rare, mais d'une étude intéressante, quoiqu'elle n'offre aucune particularité qui tienne à l'état puerpéral, l'auteur place une forme spéciale d'aliénation qu'il a eu plusieurs fois occasion d'observer et pour laquelle il propose le nom de *démence aiguë*, nom enlevé maintenant à la mélancolie avec stupeur à laquelle il avait été donné par Pinel et Esquirol. Cette démence aiguë consisterait en un affaiblissement général ou partiel des facultés intellectuelles, se reproduisant rapidement et pouvant disparaître en quelques semaines.

Folie des nourrices. — La folie chez les nourrices se rencontre moitié moins souvent que celle des nouvelles accouchées. Mais, comme le remarque M. Marcé, il s'en faut de beaucoup que toutes les femmes allaitent leurs enfants, et cela diminue d'autant l'importance de cette comparaison. Circonstance remarquable, tous les faits de folie survenus dans cette condition se partagent en deux catégories, les uns qui se sont produits dans les six ou sept premières semaines de la lactation, les autres après huit mois ou plus d'allaitement. L'auteur n'a trouvé qu'un seul fait qui se rapportât à la période intermédiaire. Ceci est, comme il le fait encore observer, très significatif au point de vue étiologique. Car, si les faits du premier groupe paraissent se rattacher encore à l'état puerpéral proprement dit, les autres se lient évidemment à l'épuisement des forces qui résulte d'une lactation prolongée; aussi est-ce dans ce dernier cas avec les marques de l'anémie et d'une profonde débilitation que les malades se présentent d'ordinaire.

Cependant à côté de cette règle presque générale et dont il déduit toute sa thérapeutique, M. Marcé est obligé d'admettre un certain nombre de faits exceptionnels où le sevrage, à la façon des suppressions de flux habituel, amène avec de la pléthore une excitation anormale du cerveau et la folie.

Toutes les formes de l'aliénation mentale ont été constatées chez les nourrices comme chez les nouvelles accouchées; mais ici la manie et la mélancolie ont à peu près le même degré de fréquence. La guérison en est le terme assez habituel, puisque vingt malades sur vingt-six ont guéri. De plus, la guérison s'opère en général en quelques mois.

Quant à l'influence de la lactation sur la folie préexistante, elle ne paraît pas heureuse, et jamais on n'a vu celle-ci en être favorablement modifiée.

Nous avons maintenant rapidement parcouru tout le livre de

©BIUM

M. Marcé, et le lecteur, à travers cette très succincte analyse, a pu entrevoir, comme nous le disions en commençant, à combien de sujets compétents l'auteur à dû toucher, combien de faits neufs il a eu à signaler, que de questions délicates il a pu entreprendre de résoudre. Quant à la forme sous laquelle toutes ces choses sont présentées, nous n'y devons pas insister, car la forme est sans doute accessoire dans les œuvres de science. Disons pourtant qu'elle nous paraît celle qu'on aime à trouver à ces sortes d'ouvrages, sérieuse et simple. Il ne faut pas chercher dans notre auteur des descriptions pittoresques et ces généralités qu'affectionnaient tant les premiers auteurs qui ont écrit sur l'aliénation et que recherchent encore quelques médecins. Dans la science comme dans les arts, le côté pittoresque des choses est toujours le premier aperçu et celui auquel on s'attache tout d'abord. Plus tard seulement et à mesure qu'on avance dans la période du perfectionnement, on voit cette forme abandonnée pour l'analyse patiente et sérieuse des faits. Nous en sommes là maintenant sans doute. Du moins c'est à cette période de la médecine mentale que notre auteur veut et doit évidemment se rattacher.

Dr C. POTAIN,
Chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

©BIUM

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Michéa vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Védie, médecin adjoint des asiles publics d'aliénés de Saint-Yon et de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), vient d'être nommé directeur-médecin de l'asile de la Rochelle.

— M. le docteur Schnepf, membre de la Société médico-psychologique, vient d'être nommé médecin sanitaire à Alexandrie.

— Dans sa séance du 26 juillet, la Société médico-psychologique a procédé au renouvellement annuel de son bureau. Ont été élus :

Président,	MM. Cerise ;
Vice-président,	A. Maury (de l'Institut) ;
Secrétaire général,	Brierre de Boismont ;
Secrétaire particulier,	Loiseau ;
Trésorier,	Brochin.

Membres du comité de publication : MM. Trélat, Delasiauve et Michéa.

— Sur la demande de M. le docteur Morel, M. le préfet de la Seine-Inférieure vient d'allouer un crédit annuel de 500 francs à l'asile de Saint-Yon, pour fonder dans cet établissement un musée d'anatomie pathologique et d'anthropologie, ainsi qu'une bibliothèque destinée à contenir les livres, recueils scientifiques, journaux et publications diverses qui traitent de la physiologie et de la pathologie spéciales.

— Le nouvel asile des aliénés de la Haute-Garonne, construit à quatre kilomètres de la barrière de Muret, a été inauguré le 5 juillet dernier. Le transport des malades s'était effectué sans la moindre difficulté. M. le docteur Marchant a la direction de cet établissement, qui compte MM. Dubian et Besse en qualité d'élèves internes, et M. Bonnal fils en qualité de pharmacien.

Les soins accessoires et la surveillance des aliénés ont été confiés aux sœurs de la Sagesse.

— *Souscription en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier d'aliénés de la Corrèze.*

DEUXIÈME LISTE. — M. le baron Larrey, 30 fr. ; M. Didion (de Metz), 10 fr. ; M. Charpentier (de Paris), 5 fr. ; M. Vizerie (de Bergerac), 15 fr. ; M. Ricord, 20 fr. ; M. Adde-Margras (de Nancy), 10 fr. ; un anonyme, 2 fr. ; M. Rayer, médecin de l'empereur, 20 fr. ; M. Pfeiffer, 5 fr. M. Adolphe Richard, professeur-agrégé, 20 fr. ; M. Mialhe, pharmacien de l'empereur, 20 fr. ; M. Legrand du Saulle (2e souscription), 10 fr. ; M. David Richard, directeur de l'asile de Stéphansfeld, 20 fr. ; M. H. Dagonet, médecin en chef de l'asile du Bas-Rhin, 20 fr. ; M. Auzouy, mé-

©BIUM

decin en chef à Maréville, 10 fr.; M. le docteur Desmarres, 40 fr.; un anonyme, 2 fr. 50 c.; M. le docteur Sichel, 10 fr.; M. E. Billod, de l'asile de Sainte-Gemmes, 10 fr.; M. Teilleux, médecin en chef à Maréville, 10 fr. Total : 289 fr. 50 c. — Total de la première liste : 592 fr. Total général : 881 fr. 50 c.

Plusieurs envois ont déjà été faits à madame veuve Le Peytre, et, dans sa correspondance, elle exprime sa reconnaissance dans les termes les plus touchants. Du reste, afin que nos lecteurs jugent eux-mêmes combien une pareille infortune mérite de respect et de sympathie, nous citons textuellement le passage d'une lettre que madame Le Peytre adressait naguère à l'un de nos confrères :

« ..... Je suis restée malade longtemps après la mort de mon mari, » après avoir donné le jour à un septième enfant, qui est mort peu » après sa naissance. Et depuis, absorbée dans ma douleur et pleurant » toujours celui que j'ai perdu, et qui pourtant m'était si nécessaire, » je ne me sentais guère le courage de me livrer à des occupations » quelconques. Dans cet espace de temps, quelques cœurs amis, des » personnes charitables et bienveillantes, du nombre desquelles vous » êtes, monsieur, sont venues me consoler et relever mon courage » abattu, me promettant de faire quelques démarches pour subvenir » aux besoins de première nécessité de mes pauvres six petites filles, » toutes très jeunes.

» Mais tout est encore sans résultat pour le moment, et même je » viens de subir un refus pour l'admission demandée, dans un des éta- » blissements de Paris, pour l'éducation d'une de mes enfants. De sorte » que, sans aucun moyen d'existence, et avec une espérance peu fondée, » je crains que le désespoir ne s'empare de mon âme, si je ne compte » sur la Providence, protectrice de la veuve et de l'orphelin..... »

Les souscriptions continuent à être reçues chez MM. les docteurs Brochin, rue Larrey, 1, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 10.

— M. le docteur Guggenbühl, de l'Abendberg, vient de recevoir la croix du mérite bavarois de Saint-Michel.

— L'assemblée annuelle des officiers médicaux des asiles et hôpitaux d'aliénés a eu lieu à Edimbourg le 28 juillet.

— Le 8 mai dernier, l'évêque de Soleure a posé la première pierre de l'hospice d'aliénés de Rosegg.

— Le ministre de l'intérieur en Autriche a approuvé les plans du grand hôpital de femmes aliénées à élever sur l'île Saint-Clément, à Venise.

— On projette de construire dans le canton de Bâle un établissement d'aliénés, ceux-ci ne pouvant plus guère rester dans l'hôpital de Liestal, longé par une voie ferrée.

— M. Pœpple, instituteur, a établi près de Bâle (Grenzacher Strasse) un établissement pour des enfants idiots.

— Les docteurs Cavazza et Farina, médecins des prisons de Gênes,

©BIUM

ayant été chargés d'examiner l'état mental d'un détenu accusé de meurtre, trouvèrent qu'il pouvait être rendu responsable de son crime; toutefois, pendant les débats, ayant appris que sa mère avait été épileptique (les pièces du procès ne leur avaient pas été communiquées), ils invitèrent le magistrat à surseoir à la condamnation capitale jusqu'à nouvel informé de leur part après connaissance de ces pièces, et furent destitués de leur charge. (*Echo médical suisse.*)

— Le ministre de l'intérieur, instruit de l'insuffisance et de l'insalubrité de l'établissement de la Senavra près Milan, a consenti à l'érection d'un nouvel hôpital destiné à 800 aliénés, dans le voisinage de Borgo di Desio. La rédaction des *Annali universali di medicina* fait remarquer que ce chiffre est beaucoup trop considérable pour un seul établissement.

— Une pauvre femme, mordue au doigt par un chat, a succombé à la rage, à l'hospice d'aliénés d'Omagh, environ deux heures après l'accident.

— *Canton de Vaud.* — Le conseil d'État a acheté le château de Praugius, près de Nyon, pour en faire un hospice d'aliénés; espérons que le triste local du Champ-de-l'Air, près Lausanne, sera supprimé par cette opération. (*Écho médical.*)

— La Société impériale de médecine de Lyon met au concours la question suivante : « *Du ramollissement cérébral à forme chronique.* » Insister sur le diagnostic et sur l'étiologie de cette maladie; rechercher si elle est devenue plus commune dans ces dernières années, et, » en cas de solution affirmative, faire ressortir les conditions qui peuvent expliquer cette circonstance de son histoire; établir ensuite sa » nature et son traitement. » — Prix : 700 francs.

Adresser les mémoires, avant le 1er octobre 1859, à M. le docteur Diday, rue des Célestins, 5, à Lyon.

— La Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse propose, pour 1859, le sujet de prix suivant (de la valeur de 300 francs) : *Des paralysies sans lésions organiques appréciables.* — Envoyer les mémoires au secrétaire général avant le 1er janvier 1859.

— On écrit de New-York, le 16 janvier :

« Je viens vous rendre compte d'un forfait sans précédent dans les annales criminelles du monde. Un fils, après avoir assassiné son père et sa mère, leur a arraché le cœur et en a dévoré un morceau. Est-ce un monstre, un fou, ou un ivrogne abruti? Voilà ce que l'instruction ne nous apprendra que plus tard.

» Jared et Clarisse Comstock, les victimes, faisaient partie des plus anciens habitants de la ville d'Hamilton. Ils habitaient depuis près d'un demi-siècle le comté de Maddison, dans l'État de New-York, et bien qu'ils fussent plutôt pauvres que riches, ils jouissaient de l'estime et de la considération de tous. Ils avaient eu quatre enfants : deux garçons et deux filles. L'aîné d'entre eux est William, leur meurtrier.

©BIUM

» Leur second fils est marié et demeure hors de la maison paternelle, et l'une des filles a épousé un homme assez riche d'Hamilton. Les deux vieillards approchaient l'un et l'autre du dernier terme de la vie ; ils étaient presque septuagénaires ; ils vivaient avec leur fils dans une modeste chaumière, élevée d'un étage. Il n'y a qu'une chambre au rez-de-chaussée, et c'est là que le crime a été commis.

» La première personne qui en eut connaissance fut un voisin, qui, regardant à travers une fenêtre ouverte, aperçut les cadavres du mari et de la femme étendus sur le plancher, et le parricide assis tranquillement entre eux. Le vieillard était couché sur le dos ; son sein gauche laissait voir une blessure béante de plus de 6 pouces de long ; le cœur avait été enlevé.

» La vieille mère, à quelques pieds plus loin, à la droite de son mari, était dans la même attitude que celui-ci : son sein gauche portait une blessure semblable ; son cœur avait été également arraché de sa poitrine. Le désordre et les déchirures de ses vêtements témoignaient d'une lutte. A terre, on voyait une casserole cassée, le couteau, sanglant encore, qui avait servi à cette hideuse autopsie, et une hache, l'instrument du meurtre. On découvrit plus tard dans le four du poêle les deux cœurs à demi rôtis et à demi rongés.

» Les autres blessures reçues par les victimes étaient affreuses. Leurs têtes étaient partie écrasées, partie mutilées à coups de hache. Je ne poursuivrai pas cette horrible description ; j'en ai dit assez.

» Pendant que le témoin, comme fasciné par ce spectacle, continuait à regarder par la fenêtre, le meurtrier se leva et alla s'étendre languissamment sur un sofa grossier au fond de l'appartement. Un ronflement sonore annonça bientôt qu'il avait trouvé le sommeil. Profitant de la circonstance, le voisin courut prévenir la police ; l'assassin fut arrêté et garrotté.

» On demanda au témoin pour quel motif il avait regardé par la fenêtre. Il répondit que peu de temps auparavant il avait entendu l'accusé dire à son frère : « Viens à la maison, il n'y manque pas de viande fraîche. » Ces mots et le ton dont ils avaient été prononcés lui avaient causé une étrange impression, et il avait voulu voir ce que c'était que cette viande fraîche : « Ma curiosité, ajouta-t-il, n'a été que trop satisfaite. »

» Ce parricide est un homme de trente-sept ans, de taille moyenne et d'une figure qui indique plutôt l'hébétement que la férocité. Il passait auprès de tout le monde pour un garçon doux et inoffensif. Il n'est pas marié. Depuis quelque temps, il buvait avec excès, et l'on suppose qu'il a commis son double forfait sous l'influence de ce qu'on nomme *mania à potu*, car il vivait en très bonne intelligence avec ses parents, qui n'avaient jamais eu à se plaindre de lui.

» Voici, selon ce qu'il a raconté à l'éditeur du *Hamilton Republican*, pourquoi et comment il a commis ce crime ; je le laisse parler lui-même :

« Depuis plusieurs jours, j'étais hanté par des voix qui toutes me ré-

©BIUM

» pétaient incessamment : « Il nous faut des cœurs ; nous avons absolu-
» ment besoin de cœurs ; procure nous-en. » A table, ces voix sortaient
» de mon assiette ; au lit, elles sortaient de mon oreiller. Je ne savais
» pas d'abord où trouver ces cœurs, et pourtant il en fallait aux voix.
» Il y a trois ou quatre jours, j'eus l'idée de tuer mon frère et sa femme ;
» ç'aurait toujours été deux cœurs de gagnés. J'allai déposer une hache
» dans leur chambre ; mais quand je revins, ils n'étaient pas chez eux.
» Cela me contraria, parce que les voix me tourmentaient de plus en
» plus. Enfin, vers la brune, je rentrai à la maison. Ma mère était
» occupée à coudre ; je passai derrière elle ; je pris une casserole sur le
» poêle, et je la lui cassai sur la tête. Elle se roidit, puis tomba tout de
» son long. Mon père s'élança alors sur moi, et une lutte s'engagea entre
» nous : mais à force de lui frapper sur la tête avec le morceau de cas-
» serole qui me restait à la main, il finit par lâcher prise. Je me saisis
» de notre hache, et je le tuai avec. Il respirait encore lorsque je lui
» arrachai le cœur dont j'avais besoin. Quant à ma mère, ce fut bien
» plus facile : elle ne broncha pas ; mais mon père avait la peau dure.
» Je voulais retourner chez mon frère et ma sœur pour achever l'af-
» faire, mais le sommeil me gagna et je me couchai. J'avais auparavant
» cherché un rasoir pour me couper le cou et terminer la tragédie, mais
» je n'ai pas pu le trouver. C'est drôle, n'est-ce pas? »

» Il n'a jamais pu ou voulu expliquer pourquoi il avait fait rôtir les cœurs de ses parents, et pourquoi il en avait rongé une partie. Il dit qu'il ne se souvient pas de cela.

» Le jury d'enquête a déclaré William Comstock coupable d'avoir commis les deux meurtres, et la cause est renvoyée devant le grand jury.

» On pense généralement que ce malheureux est ou était alors atteint d'aliénation mentale. Je vous ferai connaître la suite de cette affaire monstrueuse. » (*Gazette des Tribunaux.*)

— D'après M. le docteur Boudin, sur 100 000 jeunes gens examinés par les conseils de révision, 347 sont réformés pour *crétinisme*, *idiotisme* ou *imbécillité*.

— « Hier un terrible événement est venu répandre la terreur dans un des principaux quartiers de notre paisible ville.

» M. Huart, directeur de la maison des aliénés, a été cruellement maltraité par un de ces malheureux, qui dans un moment de fièvre, lui a porté plusieurs coups de couteau à la cuisse et au bas-ventre. Son état est des plus graves, il a dû être administré.

» Les détails nous manquent sur cette triste scène. On nous assure pourtant que c'est par suite d'insubordination et de révolte. Nous faisons des vœux pour qu'à l'avenir l'autorité prenne des mesures plus sévères pour la discipline de ces maisons, afin que de tels malheurs ne se représentent plus. » (*Echo de Mons.*)

— Au moment où nous mettons sous presse, nous recevons de M. le docteur Auzouy, avec prière de l'insérer, la note suivante relativement

©BIUM

à son travail sur le cancer du cerveau : « Mon honorable collègue » M. Delasiauve a eu, dans sa longue pratique, l'occasion de rencontrer » plusieurs fois l'altération particulière dont il s'agit, et il a bien voulu » me donner communication de cinq observations de cancer du cer- » veau recueillies par lui. Ces cas, remarquables par la variété de leurs » symptômes pendant la vie et par la gravité des lésions que l'anatomie » pathologique a révélées à l'autopsie, ont été publiées, du moins en » partie, dans la *Revue médicale* (30 juin 1851). C'eût été pour moi une » bonne fortune de consigner ici la relation de ceux qui sont encore » inédits, mais les limites imposées à mon travail me réduisent à la » simple mention de ces précieux documents. »

— L'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain numéro la revue des journaux allemands par notre zélé et savant collaborateur M. E. Renaudin.

— *Nécrologie.* — Le 18 mai, est mort, à l'âge de quatre-vingt-trois ans, le docteur Max. Jacobi, depuis 1824 directeur de l'établissement provincial d'aliénés de Sieburg, fils cadet du fameux philosophe Fred. Henri Jacobi, de Dusseldorf.

Les rédacteurs-gérants,
BAILLARGER, CERISE et MOREAU (de Tours).



©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE QUATRIÈME VOLUME

DE LA TROISIÈME SÉRIE.

PREMIÈRE PARTIE.

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

I. *Psychologie*.

De la physiologie de la pensée, par M. *Lélut*. 1

II. *Anatomie*.

Résumé d'observations relatives à l'histoire naturelle du crâne humain, par M. *P. Gratiolet*. 157

III. *Physiologie pathologique*.

Considérations physiologiques sur l'accès d'épilepsie, par M. *Foville* fils. 333

IV. *Pathologie*.

Du délire des affections ou de l'altération des sentiments affectifs dans les diverses formes de l'aliénation mentale, par M. *Th. Auzouy*. 53
De la cause anatomique de quelques hémiplégies incomplètes observées chez les déments paralytiques, par M. *Baillarger*. 168
De la démence paralytique et de la manie avec délire ambitieux, par M. *Baillarger*. 368
Des rémissions pendant le cours de la paralysie générale, par M. *Sauze*. 493
Trois nouvelles observations de cancer du cerveau, par M. *Auzouy*. 513
De la forme du délire chez les aliénés pellagreux, par M. *Aubert*. 525

©BIUM

V. *Médecine légale.*

Discussion relative à la paralysie générale. — Affaire de madame M..., par M. *Girard de Cailleux*. 76
Rapport médico-légal sur l'état mental de la nommée Marie Pons, inculpée de tentative de meurtre, par M. *Pontier*. . 93
Rapport médico-légal sur l'état mental de Brigitte Allbrecht de Rohr, inculpée de meurtre, par M. *H. Dagonet*. . . . 185
Rapport médico-légal sur l'état mental de Clément Bisqueburn, inculpé de dévastations de récoltes, d'outrages à la force publique, etc., par M. *Cazenave*. 198
Rapports médico-légaux sur l'état mental de Charles P... (tentative de meurtre sur la personne d'un magistrat), par MM. *Levincent* et *E. Billod*. 204
Note sur la maladie mentale de Charles P... — Complément des rapports médico-légaux de MM. Levincent et E. Billod sur l'état mental de ce même aliéné, par M. *Etoc-Demazy*. 424
Rapport médico-légal sur l'état mental de la fille Mélanie Ott, prévenue de vols, par MM. les docteurs *d'Eggs* et *Dagonet*. 533
Rapport médico-légal sur l'état mental de la nommée Adeline Sch..., prévenue de coups et blessures, par M. *E. Billod*. 559

DEUXIÈME PARTIE.

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

I. *Revue des Journaux de médecine.*

JOURNAUX FRANÇAIS.

Union médicale.

Paralysie générale. — Délire hypochondriaque des déments paralytiques. — Mort rapide par diathèse gangréneuse (service de M. Baillarger à l'hospice de la Salpêtrière) . . 108

Gazette des hôpitaux.

Délire extatique éclatant tout à coup dans le cours de la grossesse, à la suite d'une émotion morale, par M. *J. Dubrisay*, interne du service de M. Baillarger. 428

©BIUM

Étude sur la nostalgie, par M. le docteur *Legrand du Saulle*. 430
Cancer du cervelet ayant simulé une paralysie générale. — Analogie de ces deux affections. — Caractères différentiels, par MM. les docteurs *Aubanel* et *Sauze*. 436

JOURNAUX ANGLAIS.

The Journal of Psychological Median and Mental Pathology, by F. WINSLOW.

Analyse par M. BRIERRE DE BOISMONT.

Des bains de pluie prolongés dans le traitement de la folie. — De l'usage du chloroforme dans le traitement de la folie puerpérale. — Sur les mariages consanguins. — Des maladies cérébrales négligées, considérées comme causes de suicide. — De l'état de l'aliénation en Écosse. — Statistiques de l'aliénation mentale. — De l'état de l'aliénation en Irlande. — De l'état présent de l'aliénation mentale en Angleterre et dans le comté de Galles. 210

JOURNAUX ALLEMANDS.

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.

Analyse par M. E. RENAUDIN.

Observations sur les rechutes. — Simulation de folie. — Procès de Stock-Hausen. — Réflexions sur certaines conditions de l'expertise médico-légale. — Opinions contradictoires. — Emploi de l'ophthalmoscope dans l'examen des aliénés (suite). 107

II. *Sociétés savantes.*

Académie impériale de médecine.

Cas remarquable de maladie mentale. — Observation recueillie au dépôt provisoire des aliénés de Troyes, par M. le docteur *Bédor*, membre correspondant de l'Académie (rapport de M. Baillarger). 132

Société médico-psychologique.

Note relative au compte rendu des séances. — Ordre du jour de la séance du 25 janvier. 137

©BIUM

Séance du 26 octobre 1857. — Lettre de M. Baillarger. — Communication de M. Cerise sur la catalepsie. — Discussion : MM. Maury, Pinel, Parchappe, Cerise, Buchez, Delasiauve, J. Falret. 222

Séance du 16 novembre 1857. — Lettres de MM. Bich, Guggenbülh et Niepce. — Communication de M. Morel. — Discussion : MM. Ferrus, Maury, Morel. — *Névroses extraordinaires* : MM. Lunier, Maury, Michéa, Ferrus, Moreau, Peisse, Brierre de Boismont. 227

Séance du 30 novembre 1857. — Lettres de MM. Azam, Berthier et Rousseau. — *Névroses extraordinaires* : MM. Bourdin, Dechambre, Ferrus, Buchez, Maury, Peisse, Schnepf, Michéa, Brierre de Boismont, Delasiauve, des Étangs. . . 236

Séance du 14 décembre 1857. — *Névroses extraordinaires* : MM. Brierre de Boismont, Maury, Peisse, Belhomme, Ferrus, Archambault, Cerise, Baillarger, Dechambre. 249

Séance du 28 décembre 1857. — Communication de M. Loiseau. — Lettres de MM. Parchappe, Dagonet, Paul Janet. — Réclamation de M. Parchappe sur la paralysie générale des aliénés. — Réponse de M. Brochin. — Rapports de MM. Schnepf, Loiseau et Legrand du Saulle. — *Névroses extraordinaires* : MM. Cerise, Belhomme. 265

Séance du 25 janvier 1858. — Rapports de MM. Adolphe Garnier, Legrand du Saulle et Trélat. — *Névroses extraordinaires* : MM. Cerise, Adolphe Garnier, Maury, Peisse. . 293

Séance du 22 février 1858. — Lettres de MM. Rousseau, Berthier, Berville, Fabre et Ferrus. — *Névroses extraordinaires* : MM. Parchappe, Cerise. — Rapport de M. Legrand du Saulle. Remarque à ce sujet de M. Brierre de Boismont. — Élection de M. Dagonet. 312

Rapport de M. Cerise sur le mémoire de M. le docteur Puel (*De la catalepsie*). 441

Séance du 29 mars 1858. — Lettres de MM. Dagonet et Auzouy. — Rapports de MM. Bourdin et Brierre de Boismont. — Hommage à la Société de la thèse de M. Linas et discussion à ce sujet. 453

Séance du 26 avril 1858. — Lettre de M. Bazin. — Rapport de M. Legrand du Saulle. — Discussion sur la paralysie générale : MM. Parchappe et Ferrus. 462

Addition à la séance du 29 mars 1858. — Rapport de M. Bourdin sur la candidature de M. le docteur Fabre, de Meironnes. . 567

©BIUM

Séance du 31 mai 1858. — Discussion sur la paralysie générale : MM. Delasiauve et Baillarger 569
Séance du 28 juin 1858. — Lettre de M. Schnepf. — Discussion sur la paralysie générale : MM. Pinel, Baillarger et Delasiauve 580

III. *Bibliographie.*

Fisiologia e patologia dell' anima umana, par Francesco Bonucci (analyse par M. le docteur *Macario*). 138
De la folie à l'époque de la puberté, par M. le docteur E. Rousseau (analyse par M. *Legrand du Saulle*). 146
De la folie sympathique, par M. le docteur Azam (analyse par M. le docteur *Schnepf*). 148
Bulletin bibliographique. 153
Du suicide, statistique, médecine, histoire et législation, par M. le docteur E. Lisle (analyse par M. *Michéa*). 325
The Change of Life in Health and Disease. A Practical Treatise on the Nervous and other Affections Incidental to Women at the Decline of Life, by doctor Edward Jonh Tilt (analyse par M. le docteur *Brierre de Boismont*). 480
Du sommeil, des rêves et du somnambulisme dans l'état de santé et dans l'état de maladie, précédé d'une lettre du docteur Cerise, par M. le docteur Macario (analyse par M. *Saurel*). 483
Bulletin bibliographique. 487
Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet, par M. le docteur L.-V. Marcé (analyse par M. le docteur C. Potain, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris). 616

IV. *Répertoire d'observations inédites.*

Lypémanie démoniaque. — Insomnie. — Marasme. — Alimentation forcée. — Guérison rapide. — Question d'hérédité, par M. *Jules Bailly*, interne à Maréville. 488

V. *Variétés.*

Nominations de MM. Alfred Maury, Baume, de Smyttère, Berthier, Azam, Rousseau, Bich. — Cours de M. le docteur

©BIUM

Marcé. — Prix de l'Académie impériale de médecine. — Prix de la Société médico-psychologique. — Prix Esquirol. — Colonie de Ghéel. — Souscription Le Peytre. — Rectification. 154

Mutations dans le personnel des asiles d'aliénés. — Nominations de la Société médico-psychologique. — Prix de l'Académie des sciences. — Souscription en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre. — Fondation d'une chaire de pathologie mentale. — Banquet annuel de la Société médico-psychologique. — Prix Ferrus. — Prix de la Société allemande de psychiatrie. — Nécrologie. — Cours clinique des maladies mentales. — Note du comité de publication. 329

Inauguration du monument, élevé par sa famille, à la mémoire du docteur Follet, premier directeur-médecin de l'asile Saint-Athanase. — Cas de folie, suicide et homicide. — Quartier spécial de l'asile de Varsovie destiné aux individus chez lesquels on craint le développement de la rage. . . . 491

Nominations de MM. Michéa, Vedie et Schnepf. — Renouvellement du bureau de la Société médico-psychologique. — Allocation à l'asile de Saint-Yon. — Inauguration du nouvel asile de Toulouse. — Deuxième liste de souscription en faveur de la veuve Le Peytre. — Décoration accordée à M. Guggenbülh. — Assemblée annuelle à Édimbourg. — Hospice d'aliénés de Rosegg. — Grand hôpital à Venise. — Projet de construction à Bâle. — Établissement pour des enfants idiots. — Destitution des docteurs Cavazza et Farina. — Nouvel hôpital en Lombardie. — Mort d'une femme hydrophobe. — Achat du château de Prangius. — Prix des Sociétés impériales de médecine de Lyon et de Toulouse. — Correspondance de New-York. — Cas de réforme par les conseils de révision. — Nouvel assassinat commis sur la personne d'un directeur de maison d'aliénés. — Note de M. Auzouy. — Journaux allemands. — Mort du docteur Jacobi. 627

FIN DE LA TABLE DU QUATRIÈME VOLUME.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.