

Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

n° 12. - Paris: Masson, 1868.

Cote : 90152, 1868, n° 12



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)

Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?90152x1868x12>

ANNALES MÉDICO - PSYCHOLOGIQUES.
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.



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

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 de médecine

CERISE

Membre de l'Académie de médecine

ET

LUNIER

Inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire
des prisons de France.

QUATRIÈME SÉRIE. — TOME DOUZIÈME

VINGT-SIXIÈME ANNÉE



PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1868

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

PATHOLOGIE.

MANIE RAISONNANTE

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE (1)

Par M. le docteur **CAMPAGNE**,

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse).

En commençant l'étude de la symptomatologie, nous avons dû jeter un coup d'œil sur l'état de la science au point de vue des manifestations morbides, et nous avons fait pressentir combien elle laissait à désirer. A l'occasion de l'étiologie, nous aurions aussi à signaler les lacunes les plus regrettables, mais nous ne pouvons pas nous arrêter à déplorer la disette de nos connaissances sur les causes de nos maladies en général ; c'est à peine si nous devons nous permettre quelques mots sur l'étiologie de la folie.

(1) Extrait d'un travail couronné en 1867 par la *Société médico-psychologique* (prix André).

Rappelons-nous tout d'abord que les phrénopathies, étant étudiées, malgré leur diversité nosologique, comme une entité morbide unique, dérivant toujours de la même source, doivent nécessairement donner lieu à une étiologie généralisée outre mesure, et partant, vague, incertaine, de nulle valeur.

En effet, chaque fois que nous voulons connaître les causes d'un délire, nous ne voyons que des influences plus ou moins insignifiantes, ou des éléments que nous ne pouvons pas apprécier. Ainsi, nous nous contentons souvent de la simple constatation de quelque excès, d'un peu de jalousie, d'un amour contrarié, pour nous expliquer la production d'une folie grave ou d'une paralysie générale. Lorsque nous sommes plus sévères, nous nous déclarons satisfaits aussitôt que nous pouvons entrevoir les traces d'un germe transmis par la génération. Nous affirmons, dans ce cas, que le délire est héréditaire, et nous croyons avoir tout dit, comme si le mot hérédité nous apprenait quelque chose sur les agents qui, après avoir agi sur les ascendants, ont produit la maladie chez les descendants.

En outre, la plus grande divergence règne entre les auteurs au sujet de la fréquence de cette transmission : pour les uns, elle s'observe quinze fois sur cent ; pour les autres, elle se montre quarante-cinq, soixante, quatre-vingt fois sur cent aliénés. La raison de ces différences, nous la trouvons surtout dans la manière de comprendre l'étendue du mot hérédité. Ceux-ci veulent le garder pour désigner les cas qui présentent une identité presque complète avec la source d'où ils proviennent ; ceux-là, au contraire, voient dans les maladies les plus diverses des ascendants la cause de la folie des descendants.

Cet état de choses doit être modifié. Pour sortir du cercle stérile où nous sommes lancés, et pour obvier aux inconvénients que nous venons de signaler, il faut commencer par séparer nettement les unes des autres, les nombreuses espèces morbides comprises sous le nom d'aliénation mentale, et déterminer, pour chacune d'elles, à mesure que nous les connaissons, les condi-

tions spéciales de leur formation. Sans cette détermination préalable, il ne nous sera jamais possible d'arriver, en étiologie, à un résultat satisfaisant quelconque.

Il conviendrait, en second lieu, d'étudier l'appareil symptomatologique des phrénopathies, comme nous l'avons fait dans ce travail, de manière à rattacher, autant que possible, tous les phénomènes morbides à un ou à deux phénomènes essentiels et primordiaux, source unique de toutes les autres manifestations. Il s'agirait ensuite de suivre la filiation de ces symptômes, soit dans l'individualité de l'aliéné, soit dans celle de ses ascendants, afin de trouver en eux ou dans le milieu où ces derniers ont vécu les éléments générateurs du mal. En opérant ainsi, la hiérarchie symptomatologique nous conduirait sûrement à la connaissance d'une hiérarchie dans les causes dont l'influence serait dès lors aisément déterminable.

En troisième lieu, il convient de se rappeler que l'intensité de l'effet est partout proportionnel à l'énergie de la cause. La médecine expérimentale a prouvé, et c'est là une de ses gloires, qu'un organisme vivant, soumis dans les mêmes conditions à une influence identique, répondait constamment à cette incitation de la même façon. Je sais bien que les mots *spontanéité* et *contingence* vitales expriment des faits d'observation incontestables, mais ces faits sont purement relatifs et ne représentent que la somme des facteurs dont l'énergie cachée échappe à notre appréciation. En même temps que nos connaissances positives augmenteront, le champ de la spontanéité et de la contingence diminuera, et nous aurons la satisfaction de voir disparaître progressivement un grand nombre d'inconnues dans les problèmes obscurs que nous sommes obligés d'accepter aujourd'hui. En attendant, nous devons diriger cependant tous nos efforts d'après ce grand principe de proportionnalité entre les causes et les effets, le seul qui soit conforme, en biologie comme dans les sciences physiques, aux règles de la certitude et de la logique. Négliger cette importante précaution, c'est abandonner

au hasard la partie de la pathologie qui réclame la plus sévère précision.

Quatrièmement, cherchant à imiter les procédés suivis par la nature, qui néglige constamment l'être proprement dit pour s'attacher exclusivement à la succession des êtres, il faut jeter un coup d'œil d'ensemble sur les derniers fragments de la chaîne des filiations héréditaires, de façon à envisager l'homme dans ses rapports avec ses ascendants et avec ses descendants, s'il y a lieu. Ainsi étudié, l'individu devient la famille, qui, à son tour, constitue un individu d'une autre catégorie, formant un tout plus grand, et pouvant laisser apercevoir, à cause de sa grandeur, une foule de faits ou de détails qui resteraient invisibles chez l'individu isolé de ses parents. « La nature, dit M. Cavalier dans sa remarquable thèse sur la *spécificité*, n'a pas créé de type individuel ; elle n'a pas formé de type générique ; elle n'a institué que le type de l'espèce (1). » Or, si la nature n'accorde pas une grande importance à l'être isolé, si elle concentre toute sa sollicitude sur l'espèce, pourquoi n'élèverions-nous pas, nous aussi, nos regards pour aller prendre comme elle notre point de départ sur la famille, c'est-à-dire sur ce fragment de la succession des êtres, sur cet élément de l'espèce qui seul reste soumis aux investigations médicales ? Pourquoi mettre au premier rang ce qu'elle abandonne si aisément, et pourquoi abandonner si inconsidérément l'objet de ses soins les plus constants, les plus maternels ? » Écoutons un grand penseur, Buffon. Pour lui, les êtres de la nature ne sont pas les individus. Les individus ne sont que les formes fugitives de quelque chose de permanent. Buffon dit : « Les espèces sont les seuls êtres de la nature, » et il ajoute : « Êtres perpétuels aussi anciens, aussi permanents qu'elle, que pour mieux juger nous ne considérons plus comme une collection ou une suite d'individus semblables, mais comme

(1) Thèse de concours pour l'agrégation. Montpellier, 1854, p. 94.

un tout indépendant du nombre, indépendant du temps ; un tout toujours vivant, toujours le même ; un tout qui a été compté pour un dans les ouvrages de la création et qui, par conséquent, ne fait qu'une *unité* dans la nature (1). » D'ailleurs ces idées ne sont pas nouvelles ; le réalisme scolastique tout entier, et surtout Guillaume de Champeaux, les ont développées et soutenues avec autant de talent que d'énergie. Il est seulement regrettable qu'elles aient été si promptement négligées. Explorons donc hardiment la vie de l'espèce où les richesses scientifiques sont inépuisables, et ne demandons pas à l'individu ce qu'il est incapable de nous donner. Je n'ignore pas que, bien souvent, les difficultés de toute sorte viendront frapper de stérilité tous nos efforts ; mais ma confiance dans la certitude et dans l'utilité de cette manière de procéder à l'étude de l'étiologie, n'en restera pas moins inébranlable ; en prenant la nature pour boussole le naufrage n'est pas possible.

Cinquièmement, il ne faudrait pas oublier que le mot hérédité est, au fond, synonyme de transmissibilité, et qu'il représente un *x*, une inconnue et voilà tout. L'hérédité n'est pas une cause, c'est un passage ou un moyen, c'est une date ou une époque (2). Elle ne nous dispense pas de rechercher les agents créateurs de la maladie transmise. Au surplus, la génération transforme, combine les éléments paternels et maternels, mais elle ne produit rien, elle ne détruit rien. Incapable de fournir un contingent propre quelconque, la génération ne contribue à la formation du nouvel être autrement qu'en favorisant l'action réciproque des affinités mystérieuses déjà existantes dans l'organisation paternelle et maternelle. Comme la vie, qui se régénère

(1) Flourens, *Ontologie*. Paris, 1861, p. 11.

(2) L'hérédité, de soi, n'est, dit M. P. Lucas, ni le premier principe ni l'origine de rien ; elle ne commence pas plus les prédispositions et les maladies qu'elle ne commence les formes, les couleurs, les organes, les instincts, les penchants, les facultés des êtres. (*Hérédité naturelle*, t. II, p. 553.)

en se propageant, les germes morbides acquièrent parfois, en passant du père au fils, leur complet développement ; mais en réalité ils ne puisent jamais dans ce passage la raison d'être de leur existence.

Enfin, il ne faudrait pas oublier non plus que, semblables aux animaux à métamorphoses, quelques maladies changent de forme sans éprouver le moindre changement dans leur nature. Ces changements parfaitement réguliers et soumis sans doute à des lois invariables, sont en tout comparables aux divers âges de la vie des individus et peuvent se produire sur la même personne ; ils peuvent également se produire en traversant les générations. Je m'explique : la syphilis, la scrofule, par exemple, attaquent par poussées successives les systèmes muqueux, dermique, osseux, et se terminent par des lésions viscérales graves. Ces diverses poussées se montrent à des intervalles plus ou moins éloignés ; n'ayant pas un appareil symptomatique identique, elles ne permettent pas toujours à l'observateur de saisir le lien commun qui les unit et qui en fait une affection, une entité, une espèce morbide unique, mais leur unité morbide n'en est pas moins certaine. Quoique plus obscur, le même phénomène s'observe dans plusieurs autres maladies.

Supposons maintenant qu'au lieu de se faire sur le même individu ces quatre poussées aient besoin, pour se manifester, du concours de quatre personnes intimement unies par les liens du sang, telles que le grand-père, le père, le fils et le petit-fils, et nous aurons alors quatre maladies dont les analogies symptomatiques seront très-faibles et dont l'unité morbide sera par conséquent très-difficile à découvrir.

Or, ces espèces pathologiques existent bien certainement. Dans ces derniers temps on a considéré le cancer comme étant l'expression ultime du principe arthritique. M. Bazin, surtout, a cherché à fixer l'attention des médecins sur l'unité pathologique de certaines maladies de la peau qui jusqu'alors avaient été prises pour des entités différentes. J'apprécie beaucoup cette

manière de voir, et j'ai la conviction qu'elle aura aussi, en psychiatrie, une importance majeure. Dans le cours de ma carrière, j'ai eu à soigner le père et le fils, la mère et la fille, la mère, le fils et la fille, etc., et, dans ces cas, j'ai constamment remarqué que la folie de l'enfant, quoique étant, selon toutes les probabilités, de la même nature que celle de son parent, différait cependant de cette dernière par sa forme et surtout par une plus grande gravité. En pareilles circonstances il n'est guère possible de ne pas admettre que le délire du fils est, tout simplement, la maladie du père parvenue à un degré d'évolution pathogénique plus avancé, nécessairement plus grave, et modifié seulement dans son mode de manifestation.

Supposons encore que, par suite d'un ensemble de circonstances que la science déterminera peut-être un jour, la chaîne héréditaire soit interrompue pendant une ou deux générations; supposons, en d'autres termes, qu'un germe, dans le cours de son développement, rencontre un ou deux sujets incapables de lui fournir un terrain propice à sa croissance, et nous constaterons alors une interruption, un ralentissement de l'évolution dont nous parlons; mais ce ralentissement n'anéantira pas le fait de la progression évolutive du mal; il obscurcira momentanément le résultat, le paralysera, le rendra stationnaire, augmentera les difficultés de l'observation, et voilà tout. Les phénomènes d'*atavisme* ne sont autre chose que l'expression de cette interruption plus ou moins prolongée.

Les difficultés de reconnaître l'unité morbide des maladies de ce genre, qui sont nettement caractérisées, seront bien plus embarrassantes encore quand il s'agira de découvrir cette unité au milieu des expressions vagues, indécises, des germes pathologiques ou de ces états extra-physiologiques qui se transmettent, en s'aggravant, des parents aux enfants, et qui finissent par se produire sous l'aspect d'une phrénopathie incurable plus ou moins accusée. Nos connaissances actuelles ne nous laissent pourtant aucun doute sur la réalité de ces problèmes. Elles nous

obligent à penser que les germes morbides ont, eux aussi, des périodes, des poussées, des âges, pour ainsi dire ; qu'ils sont forcés, pour parvenir à la vieillesse, de passer successivement par l'enfance, l'adolescence et la virilité, et que chacune de ces périodes du même germe, réclamant pour se montrer une génération, un individu différent, fait croire, par suite de cette exigence, à son existence isolée, indépendante, à son unité.

En résumé, il arrive en médecine ce qui est arrivé en histoire naturelle avant que les métamorphoses fussent bien connues ; on croyait avoir affaire à deux espèces distinctes, lorsqu'il s'agissait tout simplement d'un seul et même individu examiné à deux époques différentes de son développement. Je ne serais pas non plus surpris si un médecin compétent me disait un jour, qu'en pathologie, il y a des phénomènes analogues aux phénomènes de *généagenèse* si bien décrits et si bien mis en lumière par M. de Quatrefages. La lèpre, dit-on, attaque le père, mais elle épargne le fils pour sévir ensuite sur le petit-fils et affecter ainsi la forme alternante.

Pour ma part, je crois fermement qu'il est des phrénopathies, plus nombreuses qu'on ne saurait le penser au premier abord, qui sont tout bonnement la transformation obligée, inévitable, nécessaire, d'autres maladies existant ou ayant existé chez les ascendants. Je crois, en outre, que des états plus ou moins extra-physiologiques des parents peuvent conduire l'enfant à une maladie énergiquement caractérisée, et j'ajoute, avec une conviction profonde, que la manie raisonnante est dans ce cas.

En conséquence, chaque fois qu'il s'agira de préciser l'étendue et la signification du mot hérédité, il faudra tenir compte de ces états ou de ces affections qui, pour subir une évolution complète, ont besoin, tout en conservant leur nature et leur individualité morbide, de se présenter successivement sous des formes différentes, soit chez la même personne, soit chez plusieurs personnes provenant de la même souche ; en un mot, il faudra désormais s'attacher à découvrir l'unité pathologique au milieu

des manifestations symptomatiques les plus variées. Il faudra enfin que, dépassant les limites de la vie individuelle, nous allions chercher dans les filiations héréditaires cette unité de l'espèce pathologique, point de départ des progrès futurs et base unique de la certitude nosologique.

En résumé, les progrès de l'étiologie des affections mentales ne seront guère possibles tant qu'on ne s'efforcera pas de se conformer au programme suivant : séparer nettement les unes des autres les nombreuses espèces phrénopathiques ; assigner une hiérarchie aux divers phénomènes de l'appareil symptomatique ; chercher à retrouver dans l'énergie des causes la raison d'être de l'intensité que nous voyons dans les effets ; s'attacher à examiner le malade en lui-même et dans sa série généalogique ; considérer l'hérédité comme une simple transmission des éléments paternel et maternel dont la source obscure doit être découverte ; faire des efforts pour reconnaître l'unité morbide au milieu de ses manifestations variées, intermittentes ou continues, ayant lieu soit dans un seul individu, soit dans plusieurs individus réunis par les liens du sang ; enfin, se servir de la même méthode pour étudier les germes pathologiques.

Telle est, à mes yeux, la philosophie qui doit diriger toute étude étiologique ou pathogénique des phrénopathies ; tel sera aussi l'esprit qui présidera aux considérations qui vont suivre.

Commençons par affirmer que l'étiologie de la manie raisonnante est absolument inconnue, qu'on n'en a jamais parlé d'une manière spéciale, et par conséquent qu'elle présente à notre observation un champ libre où nous aurons l'indépendance la plus complète.

Voici le relevé des causes qui ont paru favoriser la manifestation de la maladie de nos maniaques :

Excès alcooliques, 6 fois (3^e, 4^e, 5^e, 9^e et 11^e observations).
 Excès vénériens, 3 fois (3^e, 4^e et 5^e observations).
 Excès de travail intellectuel, 1 fois (2^e observation).
 Chagrins, 4 fois (3^e, 6^e, 8^e et 10^e observations).
 Impressions morales vives, 3 fois (4^e, 6^e et 8^e observations).
 Nourriture insuffisante, 2 fois (2^e et 7^e observations).

D'après ce tableau, cinq fois les excès alcooliques semblent avoir contribué à l'explosion de la manie raisonnante. Bien que ce chiffre soit sans importance réelle, il nous engage cependant à déterminer le rôle que jouent ces excès dans l'étiologie de cette maladie. Leur influence est certainement bien restreinte, attendu que nous les avons rencontrés dans un tiers seulement de nos observations, et encore faut-il remarquer qu'ils ont été faits par des individus doués de penchants un peu énergiques et dont l'affection offrait, par cela même, quelques-uns des caractères de l'espèce phrénopathique voisine. Leur manie raisonnante n'était pas bien franche, ce qui nous fait supposer à bon droit que les abus des boissons fortes pouvaient être un simple effet et nullement une cause du mal. En outre, la différence existant entre l'alcoolisme chronique et la manie raisonnante, prouve que les spiritueux n'ont ici aucune action spécifique ou spéciale ; ils remplissent uniquement un rôle très-accessoire et par conséquent ils peuvent être facilement remplacés par d'autres agents.

Les mêmes conclusions sont en tout applicables aux excès vénériens. Quant aux chagrins, à l'insuffisance de la nourriture et aux autres influences ci-dessus signalées, nous croyons pouvoir les négliger.

D'ailleurs, puisque dans le domaine de la science on doit toujours se demander le *pourquoi* du *pourquoi*, il est nécessaire de connaître la raison d'être de ces excès. Or, il est clair à nos yeux que les personnes portées à faire un abus des boissons ou des plaisirs de l'amour ont, dans leur constitution mentale, des penchants plus ou moins exigeants sans lesquels ce goût excessif pour les liqueurs fermentées ou pour le coït ne se comprendrait

pas. Nous avons là, avec l'explication des faits, la connaissance de leur origine. Mais, pour avoir un penchant de ce genre bien prononcé, il faut être doué d'une organisation nerveuse et psychique *sui generis*, anormale assurément, qui constitue véritablement un état mental extra-physiologique. Dès lors, la valeur étiologique des excès alcooliques et sexuels devient nulle ou presque nulle, tandis que l'individualité morale acquiert une importance prépondérante.

Cependant, en passant ainsi du produit à l'élément producteur, nous abandonnons le domaine des causes occasionnelles pour entrer dans le vaste champ des prédispositions congénitales. Les faits sont entrelacés, comme nous le disions à l'occasion de la marche de cette maladie, de façon à représenter des étapes; pour arriver aux uns il faut avoir passé par les autres, tant il est vrai qu'en médecine aussi il y a souvent succession de phénomènes plutôt qu'une véritable causalité.

Avant d'aborder la question des prédispositions et de l'hérédité, je voudrais consacrer quelques lignes à l'exposé d'une idée nouvelle qui ne manque pas, je crois, d'intérêt. Je veux parler du développement naturel des organisations defectueuses, élevé au rang des causes *déterminantes* de la folie.

Comme dans la vie hygiène, les actes morbides s'enchaînent puissamment dans la vie pathologique; mais cet enchaînement ne met aucun obstacle aux progrès du mal. Tout en restant droites, deux lignes presque parallèles au commencement paraissent, en se prolongeant, de plus en plus obliques; d'abord peu sensible, le défaut de parallélisme se prononce davantage et augmente ensuite proportionnellement à leur étendue. Pareillement, une défectuosité psychique, presque insensible dans l'enfance, se dessinera mieux dans la jeunesse, et finira par être très-accusée, lorsque toutes les facultés seront parvenues à l'apogée de leur croissance. C'est pour cela que nos maniaques, par la seule force de l'évolution mentale, arrivent à l'âge de

raison, sans que le jugement, la réflexion et plusieurs sentiments se déroulent complètement, et partant sans que l'équilibre fonctionnel puisse s'établir dans leur esprit. On n'a qu'à jeter un regard sur les diverses phases du développement des individus condamnés à devenir maniaques raisonnants, pour comprendre comment la succession naturelle des particularités propres à leur organisation mentale les conduit forcément et directement à la folie. Celle-ci n'est que la dernière expression d'un ensemble de manifestations qui se succèdent, s'échelonnent et s'appuient invariablement les unes sur les autres, chacune d'elles ayant l'explication de son existence dans celle qui la précède, et renfermant, en même temps, la raison d'être de celle qui la suit.

Issus généralement de parents faibles de caractère, ces individus ne trouvent pas, au sein de la famille, ce frein qui leur serait si nécessaire pour former leur jugement et pour arrêter l'élan de leurs passions. Roulant ainsi dans une sorte de cercle vicieux, ils ne tardent pas à se créer une vie irrégulière, pleine d'ennuis et d'amertumes, bien faite pour les éloigner de plus en plus de la voie normale. Ainsi, l'indocilité, la paresse, la masturbation, les excès, les vices, etc., ne sont pas, selon moi, des causes génératrices de la manie raisonnante : ce sont des causes déterminantes ou plutôt des effets, des étapes, des manifestations morbides, que leur organisation est obligée de parcourir, bon gré mal gré, avant d'arriver à la folie, terme final de leur évolution. Plus ils vont et plus ils s'écartent du type spécifique, sans pouvoir retrouver l'équilibre qui est assigné par les lois de la nature à chacune et à l'ensemble de nos fonctions.

Et comme l'absence de cet équilibre forme en définitive le fond de leur aliénation mentale, il est évident que la folie chez eux est le résultat de leur croissance psychique.

En conséquence, la véritable et même l'unique et constante cause déterminante de la manie raisonnante, et nous pourrions dire de plusieurs phrénopathies, est entièrement constituée par

l'évolution ordinaire de l'entendement naturellement incomplet et défectueux des futurs maniaques.

Il serait facile de découvrir dans la carrière pleine de vicissitudes de nos maniaques plusieurs causes prédisposantes autres que les abus des boissons alcooliques et des plaisirs vénériens ; je pense, cependant, que ni celles-ci ni celles-là ne méritent pas ce titre par les raisons que nous avons déjà fait valoir, il y a un instant, en appréciant le rôle que jouent ces abus dans la production de la manie raisonnante.

Pour nous, la prédisposition est dans l'espèce antérieure à la conception. Le milieu où les futurs maniaques raisonnants passent leur jeunesse peut faire agir, sans doute, plusieurs agents capables d'imprimer une certaine impulsion à cette prédisposition ; mais ces agents, simples influences adjuvantes ou auxiliaires, ne sont pas des causes prédisposantes. Par conséquent, c'est dans la vie des ascendants que nous aurons à rechercher la source du mal des descendants. « C'est au berceau qu'il faut demander les secrets de la tombe. »

Commençons par mettre sous les yeux du lecteur le résumé étiologique de nos observations.

OBS. I. S... — *Côté paternel* : Grand-père riche et avare. — Grand'mère sans énergie, vaniteuse, peu intelligente. — Père, intelligence très-ordinaire, exalté, original, brusque, faible de caractère quoique violent ; égoïste, orgueilleux, joueur. — Une cousine épileptique aliénée.

Côté maternel : Grand-père ne supportant pas les contradictions ; difficile, orgueilleux, dominateur, il aimait les plaisirs de la table. — Grand'mère très-athétique et très-indifférente. — Mère bizarre, excentrique, fantasque, égoïste, superstitieuse, dévote, fanatique, mobile, violente, peu énergique. — Un oncle se châtia avec un rasoir ; religion mal entendue ; susceptible, acariâtre, fier, orgueilleux. — Un des cousins du malade est bizarre, excentrique, exalté, orgueilleux, sans jugement et probablement aliéné, car il s'est pendu.

OBS. II. C. X... — *Côté paternel* : Père original, sans bon sens,

médisant, égoïste, orgueilleux, difficile, inconstant, intolérant, mauvais caractère; violent, emporté; mauvaises affaires. Scrofuleux, tumeur blanche du genou; amputation. — Deux oncles orgueilleux, loquaces, mobiles, emportés. — Un oncle misanthrope, taciturne, voisin de la misère. — Un cousin germain épileptique aliéné, égoïste, difficile, tracassier et méchant.

Côté maternel ; Mère. Peu d'intelligence, sans spontanéité, sans énergie, pensées lentes, peu de jugement, rusée, sournoise, égoïste, apathique et sans franchise. — Tante, même caractère.

Obs. III. D... — *Côté paternel* : Père bizarre, peu intelligent, sans jugement, orgueilleux, laborieux, violent, mais peu énergique.

Côté maternel : Mère apathique au physique et au moral; son indifférence la portait à négliger sa maison et ses enfants.

Obs. IV. G... — *Côté paternel* : Grand-père impérieux, orgueilleux, violent, enclin à la boisson. — Grand'mère minutieuse, dévote, religion mal entendue. — Grand-oncle ambitieux, courageux, aimant à parler et à faire parler de lui, violent, intolérant, buveur; attaque d'apoplexie. — Petits-cousins impérieux, orgueilleux, buveurs. — Père vif, mobile, emporté, faible de caractère. Penchant pour les plaisirs sexuels et pour la boisson; apoplexie. — Oncle, force herculéenne, fier de sa personne. — Tante vaniteuse, indifférente, apathique, insouciante.

Côté maternel : Grand-père gai, jovial, farceur, vie vagabonde, excès de boisson, abus vénériens; dans son intérieur, il était égoïste, acariâtre, difficile et très-exigeant. — Grand'mère, femme d'ordre, laborieuse, mais très-avare. — Mère paisible, laborieuse et avare. — Oncle usurier, avare, orgueilleux, violent, n'ayant de l'affection et des égards que pour lui-même; goutteux. — Un autre oncle avare et très-indifférent.

Obs. V. P... — *Côté paternel* : Père indécis, porté aux excès alcooliques et vénériens, vif, colère, violent et faible de caractère; mort d'une affection calculuse. — Tante aliénée pendant six mois; guérison?

Côté maternel : Grand-père très-laborieux et très-attaché à l'argent, faible de caractère, peu intelligent, sans initiative et sans ordre en dehors des questions d'argent. — Grand'mère égoïste, jalouse et très-mobile. — Mère laborieuse, aimant l'économie, acariâtre, capricieuse; querelles domestiques qui la portaient souvent à quitter la maison; morte aliénée. — Tante, jalousie extrême, mauvais ménage.

Obs. VI. D. X... — *Côté paternel* : Le grand-père avait transmis

à son fils son caractère. Ce fils, père de notre malade, était actif, intelligent, original, jugement faux, fier, orgueilleux, égoïste, indifférent, joueur, mobile et faible de caractère. A l'âge de soixante ans, ayant encore trois enfants, il se maria ; mauvais ménage, mauvaises affaires. — Trois frères tous actifs, fiers, indifférents. — Un cousin germain vicieux et presque fou.

Côté maternel : Bisaïeul (paternel) très-riche, économe jusqu'à l'avarice. — Grand'tante (maternelle) fière, bizarre, égoïste. — Grand-père industriel, avare, excentrique ; mort d'un cancer à la face. — Grand'mère soigneuse, économe, égoïste, peu sensible au malheur d'autrui. — Mère, caractère très-orgueilleux et très-dominant, méchante, acariâtre, jalouse, idées singulières et presque délirantes ; nerveuse, malade, inquiète, hargneuse ; morte phthisique. Sur douze enfants, elle en perdit neuf très-jeunes. — Une sœur de la mère, intolérante, acariâtre, querrelleuse, orgueilleuse, méchante ; de dix-huit enfants, elle n'en conserva que deux. — Une autre sœur peu intelligente, apathique, bizarre, excentrique, mobile, sournoise ; de quinze enfants, elle n'en a plus que trois, les autres étant morts à un âge peu avancé. Dans la famille de la mère il y a beaucoup d'enfants, mais ils meurent fort jeunes, en grand nombre. Les morts subites sont très-fréquentes parmi les membres de cette famille.

Obs. VII. Tr... — *Côté paternel* : Grand-père, attaque d'apoplexie. — Père plus avare qu'affectueux, paisible, sans volonté, conduite régulière.

Côté maternel : Grand-père infatué de sa personne, très-violent, méchant et très-médisant. — Grand'mère, peu d'intelligence, pas d'énergie, poltronnerie. — Mère orgueilleuse, indifférente, vaniteuse, jalouse et très-méchante ; minutieuse, sans bon sens, sans jugement, bizarre, capricieuse, violente, irritable, fanatique pour la politique ; aliénation pendant quelques mois, en 1848, à la suite de chagrins politiques. — Trois oncles méchants, querelleurs, sans jugement et remarquables par leur fanatisme politique. — Tante gourmande, hypochondriaque, égoïste, indifférente ; attaque d'apoplexie.

Obs. VIII. Fr... — *Côté paternel* : Grand-père, homme d'ordre, laborieux, mais peu sociable, sournois, égoïste. — Père vif, violent, faible de caractère, enchanté de sa personne, beau parleur, orgueilleux, dépensier ; mauvaises affaires. — Oncle plein d'esprit, d'intelligence, mais peu de jugement et de bon sens, très-avare et fort acariâtre, intolérant et méchant.

Côté maternel : Mère laborieuse, égoïste, indifférente pour sa

famille, caractère très-absolu et dominateur. — Oncle maternel simple d'esprit, paresseux, incapable de se conduire en société.

Obs. IX. B... — *Côté paternel* : Père indécis, sans initiative, peu intelligent, pas de jugement, mauvais affaires, misère ; faible de caractère, indifférent, apathique, égoïste ; apoplexie. — Oncle actif, laborieux, entreprenant, impérieux, dominateur, orgueilleux, avare, égoïste, peu affectueux.

Côté maternel : Mère apathique, constitution délicate, lymphatique, tumeur blanche ; folle à la fin de ses jours.

Obs. X. G. J... — *Côté paternel* : Père fort, robuste, goutteux, gros mangeur, excès vénériens, vif et emporté.

Côté maternel : Mère bizarre, méchante, acariâtre, colère, peu affectueuse ; préférence pour l'un de ses enfants ; excès de boisson ; attaques de nerfs ; phthisie.

Obs. XI. C... — *Côté paternel* : Père bizarre, excentrique, peu de bon sens. Il était vieux et affaibli quand il eut l'enfant qui fait l'objet de cette observation, le vingt-cinquième de sa progéniture. — Un oncle petit, bossu, acariâtre, égoïste. — Un autre oncle apathique, indécis, faible de caractère. — Deux cousins germains morts à la suite d'excès alcooliques.

Côté maternel : Mère peu intelligente, sans initiative, sans esprit d'ordre, sans énergie ; apathique, indifférente, insouciant.

Obs. XII. B. L... — *Côté paternel* : Grand-père, excès de boisson, excès vénériens ; hydropisie. — Grand'mère nerveuse, très-vive, méchante, acariâtre, obstinée, caractère dominateur et querelleur. — Père faible d'intelligence et de caractère, quoique violent ; orgueilleux, indifférent, apathique.

Côté maternel : Grand-père peu intelligent, sans énergie, sans spontanéité, indécis, bizarre au point d'exciter l'hilarité du public ; gros mangeur ; apoplexie. — Grand'mère, caractère dominateur, obstiné, méchant ; elle ne ménageait personne. — Mère intelligente, énergique, esprit dominateur, égoïste.

Obs. XIII. R... — *Côté paternel* : Le père travaillait beaucoup pour amasser de l'argent ; pertes d'argent pendant la révolution ; on ne l'aimait pas à cause de sa médisance et de son caractère peu serviable et fort original.

Côté maternel : Mère insouciant, rusée, méchante et très-indifférente à l'égard de sa famille.

Obs. XIV. L... *Côté paternel* : Tous les membres de cette famille sont égoïstes, bizarres, excentriques ; sans être fous, dit-on, ils ont tous la tête fêlée. Leur réputation, sous ce rapport, est très-ancienne dans leur pays ; elle remonte à plusieurs générations. Ils sont tous

sècs et nerveux. — Père, tête fêlée, médisant, pas d'esprit d'ordre, orgueilleux et plein de ruse.

Côté maternel : Mère insouciant, peu affectueuse, égoïste.

Obs. XV. Mademoiselle R... — *Côté paternel* : Grand-père, compromis sa fortune par ses bizarreries, son mauvais jugement et son peu de bon sens ; apoplexie. — Père, sensibilité morale très-impressionnable, mobile, indécis, faible de caractère, sans initiative aucune.

Côté maternel : Mère bizarre, mobile, peu intelligente, égoïste, vaniteuse, jalouse ; aliénation mentale lucide, plaintes continuelles.

En examinant attentivement ce résumé, la première chose qui nous frappe, c'est le petit nombre d'aliénés existant parmi les parents de nos malades. On n'y trouve la folie bien avérée que quatre fois chez les mères de nos maniaques, deux fois chez les tantes et trois fois chez les cousins ou les cousines. Ce résultat, tout significatif qu'il est, ne répond guère aux prévisions que nous avaient fait concevoir les pages précédentes. Est-ce que la manie raisonnante ne proviendrait pas toujours de l'expansion d'un germe héréditaire ? Pourtant tout paraît prouver qu'elle n'a pas d'autre origine. Continuons cependant notre examen.

Les maladies du système nerveux sont mentionnées sur nos relevés moins fréquemment que la folie. L'apoplexie du père dans trois cas, celle de la tante maternelle dans un autre cas, et les attaques nerveuses de la mère dans un dernier cas, voilà tous les éléments que nous avons pu recueillir en cherchant dans les familles de nos aliénés les manifestations morbides de l'appareil cérébro-spinal. Les affections des autres appareils ne figurent que pour mémoire dans notre résumé étiologique.

Toutes ces données ont une certaine importance par leur nombre et surtout par leur nature. Malgré cela, elles ne peuvent pas nous faire illusion au point de nous engager à les considérer, d'ores et déjà, comme étant, isolément et en elles-mêmes, la raison d'être et l'explication de la folie de tous les aliénés étudiés dans ce travail. Le délire et les affections du système nerveux ne se rencontrent pas chez les parents de tous nos malades, et

cette absence de généralité doit naturellement nous contraindre à refuser à ces données, au moins pour le moment, la valeur étiologique qu'on serait tenté de leur accorder au premier abord. Nous chercherons tout à l'heure, quand nous aurons passé en revue les autres éléments pathogéniques de la manie raisonnante, à porter un jugement exact sur leur véritable signification.

Après les affections du système nerveux, nous avons vu, dans la parenté de nos malades, une foule de particularités psychiques sur lesquelles il convient maintenant de s'expliquer clairement. Ces particularités sont évidemment l'expression d'une défectuosité mentale qui se traduit dans l'intelligence par une faiblesse notable des facultés, par un jugement faux, par des bizarreries, des originalités, des excentricités, par une absence plus ou moins marquée de sens commun, de bon sens, d'initiative, de spontanéité, d'esprit d'ordre, etc., etc. Dans le moral, cette défectuosité se manifeste par une prédominance des sentiments égoïstes ou des penchants, et par une faiblesse corrélative des sentiments supérieurs; tandis qu'elle surgit dans le domaine de la volonté, tantôt sous les apparences d'une énergie insolite, tantôt sous la forme d'une indécision perpétuelle.

Les défectuosités intellectuelles sont très-communes dans le monde. L'homme intelligent et habitué à juger ses semblables, les découvre, les saisit avec une telle facilité, qu'il lui suffit de voir une personne, ou seulement de lire ses écrits, ou de connaître quelques-uns de ses actes pour se former immédiatement, sur elle, une opinion exacte. En cela, la science a été bien devancée par les connaissances populaires. Bien plus, celles-ci admettent, ce qui n'est pas encore établi dans celle-là, des degrés d'originalité, de bizarrerie, d'absence du jugement, etc. Les individus qui les présentent à un degré très-marqué sont désignés vulgairement sous le nom de *têtes fêlées*, *toquées*, *détraquées*. On les appelle encore *lunatiques*, et cette dénomination généralisée est souvent appliquée, avec raison, à toute leur famille.

Ces bizarreries sont autrement fréquentes et autrement graves chez les parents de nos malades; elles s'y présentent avec une constance et une intensité vraiment exceptionnelles. Toutefois, si elles n'y sont pas toujours constatées, c'est que nos renseignements sont incomplets; à nos yeux, elles sont constantes, ainsi que nous essayerons de le démontrer un peu plus bas. Les singularités de l'intelligence se résument toutes en une absence plus ou moins grande de jugement, de bon sens, de sens commun. Et comme celui-ci n'est que la résultante de l'activité des facultés intellectuelles, il s'ensuit que ces facultés ne fonctionnent pas d'une manière normale, soit parce que leur activité ne se déploie pas régulièrement, soit parce qu'elles sont défectueuses ou incomplètes. Dans tous les cas, les individus qui se trouvent dans ces conditions sont des êtres mal organisés sous le rapport intellectuel, et par là ils s'écartent du type spécifique de l'humanité.

Telle sera également la conclusion qui découlera naturellement de l'examen des déficiences morales.

Contrairement aux précédentes, ces dernières sont souvent méconnues dans la société et la science ne les aborde guère, même aujourd'hui. Celles qui ont été relevées dans nos tableaux peuvent être comprises sous trois chefs: l'absence des sentiments supérieurs, la prédominance des sentiments égoïstes et la prépondérance des penchants. La *loi de balancement fonctionnel* dit qu'une faculté ne peut acquérir un degré marqué d'énergie sans que les facultés qui lui sont congénères jouissent du même bénéfice, et sans que les facultés antagonistes n'éprouvent, dans leur puissance, une diminution correspondante. En vertu de cette loi de l'activité psychique, l'absence des sentiments supérieurs, observée chez les parents de nos malades, n'est que la conséquence de la prédominance de leurs penchants ou de leurs sentiments égoïstes. Mais cette prédominance, en détruisant l'équilibre dans la constitution morale de l'individu (ainsi que nous l'avons dit à propos de la symptomatologie), apporte des

modifications, des irrégularités très-sérieuses dans le mode de fonctionnement de ces facultés, qui deviennent, par le fait, défectueuses, incomplètes, et sont l'expression, à l'instar des facultés intellectuelles, d'une mauvaise organisation morale.

Les divers degrés d'énergie de la volonté n'ont jamais été l'objet, je crois, au point de vue étiologique, des réflexions des médecins spécialistes. Il me semble pourtant que le rôle de cette grande fonction de l'entendement la rend digne de notre attention. La faiblesse de caractère des parents de nos malades a été reconnue quinze fois, et presque toujours, c'est singulier, chez le père. Ce chiffre, assez imposant, donne une idée de l'importance que nous devons attacher à cette particularité psychique. Le surcroît d'énergie de la volonté ne figure que cinq fois, et encore faut-il ajouter qu'il ne dérive peut-être pas d'une véritable exagération de cette puissance. Il est dans ces cas, selon toute probabilité, l'effet d'une forte personnalité, d'un égoïsme profond, d'un grand entêtement ou de toute autre cause étrangère à la nature intrinsèque de la volonté. En d'autres termes, la prépondérance des sentiments égoïstes est la source d'où émanent un très-grand nombre de mobiles qui, par la fréquence de leur reproduction, entraînent souvent la liberté du *moi* et peuvent faire attribuer à cette dernière fonction une énergie qu'elle n'a pas. La faiblesse de caractère est donc la seule particularité qui doit entrer en ligne de compte dans ces considérations ; son importance pathogénique est énorme, car après tout elle signifie que les personnes ainsi organisées sont incomplètes, puisqu'elles manquent d'un degré plus ou moins grand de liberté morale.

Si, au lieu d'examiner séparément les déficiences de l'intelligence, du moral, de la volonté, nous les étudions dans leurs rapports réciproques, dans leur ensemble, les mêmes conclusions se reproduiront sous les mêmes formes, mais avec une nouvelle énergie et une valeur plus grande. En effet, plus les sentiments égoïstes sont puissants, et plus aussi ils voilent la conscience, faussent le jugement, enchaînent la volonté et altè-

rent l'équilibre fonctionnel de l'entendement. Il y a dans tous ces faits une corrélation constante, proportionnelle, infaillible, indiscutable (1). Au surplus, ce résultat était facile à prévoir; la loi de balancement fonctionnel des pouvoirs de la pensée et l'unité de l'esprit étaient là pour nous l'annoncer, pour le justifier d'avance et actuellement pour le légitimer d'une manière satisfaisante.

Il est facile de comprendre maintenant comment une mauvaise organisation mentale constitue une prédisposition à la folie. N'est-elle pas un véritable germe phrénopathique, qui n'attend pour se montrer, avec un appareil symptomatique complet, qu'une influence capable de lui imprimer une nouvelle impulsion et de favoriser son entier épanouissement ?

Si nous comparons ces bizarreries intellectuelles, ces faiblesses de caractère, ces prédominances morales, avec la folie proprement dite, nous serons conduits à penser que celle-ci et celle-là, sauf la gravité ou l'intensité, ont une signification pathogénique identique.

On nous objectera, sans doute, qu'entre une folie et une excentricité intellectuelle il y a un abîme, et qu'il n'est pas permis de confondre ces deux choses jusqu'à leur attribuer la même portée. Sérieuse quand on considère les faits dont il s'agit sous le rapport de l'intensité ou de la gravité, cette objection est complètement nulle quand on les envisage sous le rapport de leur nature intrinsèque. Assurément, tous les êtres bizarres ne perdent pas l'usage de leurs facultés; néanmoins presque tous les aliénés, avant d'arriver au délire, ont offert, avec une intensité variable, ces bizarreries, ces excentricités, ces défauts de

(1) Oubliant, momentanément sans doute, cette puissante corrélation, le laborieux et savant médecin de Bicêtre, M. le docteur Delasiauve, nie à tort, ce nous semble, les rapports réciproques des facultés morales, et attribue aux sentiments une indépendance qu'ils n'ont pas et qu'ils ne peuvent pas avoir, car rien n'est indépendant dans la constitution humaine. (Voy. *Annales médico-psychologiques*, novembre 1866.)

l'entendement. Le gland n'est pas le chêne, et cependant lorsqu'on le place dans de bonnes conditions, le gland devient un chêne à son tour. Il en est de même des particularités précitées; elles ne constituent pas la folie; elles sont seulement des germes ayant la folie en puissance (*in potentia*). Abandonnés à leur propre croissance, ils développent leurs virtualités et passent (*in actu*) à l'aliénation mentale. En un mot, les déficiences mentales sont des nuances intermédiaires placées entre la raison et la folie. Le degré de leur intensité marque la distance qui les sépare du bon sens parfait, et celle qu'elles ont encore à parcourir pour caractériser les aberrations de l'entendement.

En s'arrêtant à la surface des choses, surtout en matière scientifique, on n'arrive à rien. Comme la terre, la science a besoin d'être profondément labourée pour que les récoltes soient abondantes. Voilà pourquoi il est indispensable, en étudiant les détails biologiques, de les creuser sans crainte afin de ne pas se laisser tromper par leur aspect extérieur; ceux que nous examinons actuellement sont précisément dans ce cas. Négliguez la surface, pour comparer l'essence des particularités mentales qui nous occupent avec le fond de la folie, et vous penserez, avec nous, qu'il existe entre ces deux ordres de manifestations morbides une identité fondamentale complète.

Les travaux de MM. Guislain, Moreau (de Tours), Lélut, Morel, Marcé, J. Falret, et de plusieurs autres médecins célèbres de la France, de l'Angleterre, de l'Allemagne, des États-Unis, etc., etc., sur cette question, sont beaucoup trop nombreux pour que nous devions nous y arrêter plus longtemps. Au reste, ce sujet est épuisé aujourd'hui, du moment qu'il est accepté par tous les hommes versés dans les études psychiatriques.

Pour résumer cette discussion, nous dirons que les déficiences mentales que nous venons de passer en revue constituent des états extra-physiologiques, des malformations psychiques, des dégénérescences commençantes. Que ces déficiences soient

plus ou moins avancées, qu'elles se manifestent sous forme de bizarreries et de prédominances psychiques, ou qu'elles se traduisent par un délire caractérisé, leur nature est constamment la même ainsi que leur signification pathogénique, leurs différences provenant tout simplement de la période de développement où se trouve le germe morbide qu'elles servent à dévoiler. On me reprochera probablement d'avoir exagéré leur gravité et leur portée pathogénique, et certainement on ne manquera pas de me faire cette réflexion : Si votre opinion était vraie, il ne devrait pas exister au monde une seule famille qui ne comptât dans son sein un ou plusieurs aliénés, puisqu'il n'y a pas une seule personne qui ne soit pas un peu bizarre, qui n'ait pas, au moins sur certains points, un jugement faux, et qui ne subisse pas les entraînements de son caractère, de son mode d'impressionnabilité et de ses prédominances morales. J'avoue que cette objection est naturelle. Bien plus, j'ajoute que les variétés individuelles purement physiologiques sont justement fondées sur les formes innombrables que peuvent revêtir les particularités mentales en se combinant de mille et mille manières dans des proportions différentes. La nature, ainsi que l'a dit M. Cavalier, n'ayant créé que le type spécifique, l'individu doit échapper aux exigences de l'uniformité ; la variabilité est son cachet comme la fixité est le cachet de l'espèce.

Toutefois, cette variabilité est limitée ; elle s'arrête là où le modèle idéal spécifique reprend ses droits. Chaque fois que ce dernier est lésé en plus ou en moins, on est en face d'un écart à la règle, d'autant plus fâcheux qu'il est plus considérable (1).

(1) Pour rendre clairement notre idée, nous tracerons par la pensée plusieurs circonférences concentriques qui représenteront l'espèce naturelle : Les points qui composent le cercle central comprendront l'ensemble des variétés individuelles, dont la résultante constitue le type spécifique, l'image normale, le modèle d'après lequel l'espèce paraît avoir été créée. Les autres circonférences représenteront également des variétés individuelles, mais elles ne seront plus des variétés normales ; elles formeront une série de types anormaux d'autant plus extra-physio-

Tout se résume donc en une question de degré. Mais à quel signe pourrons-nous reconnaître que les particularités psychiques individuelles sont physiologiques ou pathologiques ? Tracer une ligne de démarcation de ce genre est une chose aussi délicate que difficile. Si, dans quelques circonstances, la chose est aisée, dans un grand nombre d'autres, elle sera presque impossible. Toutefois, les indications tirées de l'intensité, de l'étendue, de la constance et de la nature de ces particularités nous permettront, le plus souvent, d'arriver à une solution satisfaisante, surtout lorsque nous les verrons réunies chez tous les membres d'une famille.

La bizarrerie, l'originalité, la dépravation du goût d'une femme chlorotique ou dans un état de grossesse, n'étant que passagères, n'auront, malgré leur intensité, aucune gravité. Il en serait tout autrement si ces phénomènes dériveraient d'un état permanent de l'organisation. L'excentricité partielle et l'excentricité générale diffèrent du tout au tout. Un jugement toujours faux est bien plus inquiétant que celui qui conserve sa rectitude

logiques qu'ils se trouveront plus loin de la figure. Les plus éloignés même ne seront que des cas pathologiques ou des dégénérescences nettement accusées.

Ainsi, en partant en ligne droite du centre de notre figure géométrique, nous rencontrerons : d'abord les individus qui, malgré leurs différences, servent de règle à tous les autres ; puis nous verrons ceux qui, sans être comme ces derniers, des modèles parfaits, offrent des particularités d'organisation peu marquées que la nature tolère et qui ne les empêchent pas de jouir d'une bonne santé ; nous apercevrons ensuite les individus chez lesquels ces particularités sont assez fortes pour les rendre maladifs, sans les priver toutefois de la faculté de reproduction ; enfin, nous trouverons les êtres disgraciés atteints de dégénérescences plus ou moins graves, que la nature rejette comme des malformations, comme des sujets de rebut en les rendant incapables de se reproduire.

Par conséquent, toute personne offrant un écart, quel qu'il soit, au type spécifique, sera nécessairement placée dans des conditions anormales et partant fâcheuses qui, proportionnellement au degré de cet écart, la priveront en tout, partout et toujours, d'un fonctionnement régulier et durable, ainsi que de tous les autres bénéfices assignés à l'espèce humaine par la force créatrice.

sur une foule de points, quoique sur plusieurs autres points il puisse arriver jusqu'à l'absurdité. La prédominance des penchants est plus grave que celle des sentiments égoïstes, et l'importance des déficiences morales est supérieure à celle des déficiences intellectuelles.

Avec le secours de ces considérations servant de pierre de touche, on doit se faire au moins une idée approximative de la valeur des faits que nous examinons, et décider s'ils appartiennent aux variétés hygides ou morbides. Tant qu'ils resteront dans le domaine de la physiologie, l'avenir de la raison de la personne même ou de ses descendants ne doit pas nous inspirer beaucoup de craintes.

La portée de l'objection précédente se trouve ainsi considérablement amoindrie. Elle s'amoindrira encore lorsque nous aurons rappelé qu'en supposant que les malformations susdites soient de véritables germes morbides, ils ne peuvent pas aspirer tous à une éclosion infaillible. Comme tous les autres germes de la nature, ils sont pour la plupart détruits avant de parvenir à leur parfait développement. On peut dire qu'ici il y a aussi beaucoup d'appelés et peu d'élus.

Ces réductions étant acceptées, et nous ne pensons pas qu'on puisse les rejeter, l'objection que nous avons prévue n'en est plus une, et notre manière de voir sur le rôle des malformations mentales est, nous le croyons, conforme à la vérité.

Pour ne pas scinder ce sujet, et quoique nous soyons obligé d'anticiper sur les faits, nous allons vérifier cette solution générale, en examinant les particularités mentales signalées dans nos observations.

1° Sous le rapport de la constance, nous le verrons bientôt, les déficiences psychiques des parents médiats et éloignés, directs et collatéraux de nos maniaques, ne peuvent laisser aucun doute dans notre esprit ; elles sont déplorablement permanentes, puisqu'elles faisaient partie intégrante de leur caractère.

2° La nature de ces déficiences est identique dans tous les

cas, malgré les diversités accessoires qui les distinguent. Le moral est surtout le principal théâtre de leurs manifestations ; ce sont toujours les facultés égoïstes qui, par l'exagération de leur activité, attirent les regards de l'observateur. L'exagération des penchants ne vient qu'en seconde ligne, et encore est-elle alors complémentaire, et nullement exclusive de la prédominance égoïste qui conserve son relief. Les sentiments supérieurs ne nous frappent que par leur absence ou tout au moins par leur état très-rudimentaire. La bizarrerie, la faiblesse intellectuelle sont également très-fréquentes. Mais ce qui surprend, en jetant un regard sur ces tableaux, c'est, d'une part, la corrélation de tous leurs éléments et, d'autre part, leur monotone uniformité qui dit, mieux que nous ne saurions le faire, combien ces éléments sont semblables et homogènes.

3° Nous n'avons pas de documents suffisamment précis pour pouvoir affirmer que les déficiences mentales dont il s'agit intéressent tout l'entendement ; cependant leur grande étendue est presque certaine ou très-probable, par suite des rapports réciproques existant entre les grandes fonctions de l'esprit, principe unitaire par-dessus tout.

4° L'intensité ou le degré de gravité des déficiences psychiques des parents de nos maniaques diminue à mesure qu'on s'élève dans la série généalogique. Nous n'avons à cet égard qu'une seule preuve, mais elle est claire, patente, et d'une importance décisive ; c'est que la folie, nulle dans la troisième et la deuxième génération, surgit tout à coup (neuf fois) avec une grande fréquence. Et si nous comparons avec ces trois générations celle qui serait composée de nos malades, de leurs frères et sœurs et de leurs cousins et cousines, nous serons étonnés de voir combien cette dernière est encore plus maltraitée par la nature. Dans cette génération naissante, nous comptons 6 cas d'aliénation mentale, outre les 15 cas que nous avons soignés à Montdevergues, ce qui fait 21 cas de folie, 6 cas de maladies

chroniques graves du système nerveux et un grand nombre de cas de mort très-précoce.

Ainsi donc : Troisième génération . .	Point de folie.
Deuxième génération . .	Point de folie.
Première génération . .	9 cas de folie.
	21 cas de folie.
Génération nouvelle . .	6 cas des maladies chroniques du système nerveux.
	Un grand nombre de cas de mort très-précoce.

Trop tristement significatifs, de pareils chiffres n'ont pas besoin de commentaires et démontrent péremptoirement, dans la succession généalogique des familles de nos malades, une aggravation croissante non interrompue.

Ces faits ont une importance immense ; ils donneront lieu tout à l'heure à des déductions nombreuses. Pour le moment, ils nous autorisent à dire que les déficiences mentales des familles de nos malades ne sont pas de simples variétés physiologiques. Elles méritent le nom de malformations, et les paragraphes que nous venons d'écrire prouvent, sans réplique, qu'elles sont l'expression d'un germe pathologique qui se développe progressivement en traversant les générations.

Vires acquirit eundo.

Il n'y a donc rien d'exagéré dans notre manière d'interpréter la valeur pathogénique des déficiences psychiques des membres de la famille de nos maniaques raisonnants.

Revenons à nos observations et jetons un coup d'œil, à la lumière des faits que nous venons d'établir, sur l'état mental des parents de nos maniaques raisonnants.

Il est fâcheux que les renseignements recueillis par nous sur les familles de nos maniaques n'aient pas été complets ; ils sont cependant assez nombreux et assez explicites pour que nous puissions les généraliser, la ressemblance des maladies laissant à sup-

poser une grande analogie dans les conditions de leur formation. Bien plus, grâce à la loi de balancement fonctionnel des pouvoirs de la pensée, il est possible et même facile de suppléer à l'absence des détails que nous regrettons par les documents étiologiques que nous possédons, et de remplir ainsi les cases restées vides de notre tableau en ce qui concerne les points essentiels.

Si nous complétons ce cadre au moyen de la méthode inductive, nous le rendrons excessivement remarquable par l'homogénéité des matériaux qu'il renferme ; il donnera lieu alors aux propositions suivantes :

1° Tous les parents directs ou collatéraux de maniaques raisonnants se sont fait remarquer par des singularités mentales constantes, analogues ou équivalentes sous le rapport pathogénique. Je dis équivalentes, car entre une prédominance des sentiments égoïstes et une prépondérance des penchants, je ne vois qu'une différence due à la diversité des facultés où l'exagération se produit. Du reste, cette équivalence est manifeste, puisque la suractivité de ces deux ordres de ressorts moraux aboutit définitivement à la même absence d'équilibre mental, absence qui seule doit nous préoccuper actuellement. Pour éviter toute équivoque, nous ajouterons qu'en mettant sur la même ligne l'exagération de ces deux ordres de sentiments, nous n'exprimerons pas exactement notre pensée et nous ne reproduirons pas la vérité des choses. Les personnes que nous avons pu connaître et qui avaient cette double prépondérance étaient dépourvues de sentiments supérieurs. La force psychique qui revenait à ces sentiments, au lieu de retomber exclusivement sur les facultés égoïstes, comme chez les parents des sujets types de manie raisonnante, était disséminée ou répartie, quoique d'une manière inégale et à l'avantage de l'égoïsme, entre ces facultés et les penchants ; de sorte que ces personnes, tout en conservant une prépondérance égoïste, avaient en outre des penchants assez accentués. Ces nuances sont très-difficiles à décrire claire-

ment, mais l'homme habitué à ce genre d'observations les saisit parfaitement et rapidement, tant elles sont apparentes.

2° Les singularités psychiques des parents de nos maniaques ne se contredisent point ; leur nature étant identique ou analogue, elles ne peuvent pas se faire mutuellement opposition ou contre-poids, et par conséquent elles ne sauraient se nuire et à plus forte raison se détruire réciproquement.

3° Dans la ligne collatérale comme dans la ligne directe, tous les parents de nos malades sont aliénés ou en voie de perdre la raison, puisqu'ils présentent tous des particularités mentales qui ne sont que l'expression d'une prédisposition, d'un germe plus ou moins avancé dans la série des manifestations dont la folie est le terme final. Nous croyons avoir résolu les difficultés qu'on pourrait soulever à cet égard.

4° La prédisposition, le germe de la folie (termes synonymes pour nous), ou la folie caractérisée, est aussi évidente du côté paternel que du côté maternel. Nos relevés signalent cependant quatre cas de folie chez la mère et point chez le père, ce qui semblerait infirmer cette conclusion. Ce désaccord étant réellement insignifiant, attendu qu'il ne provient que d'une différence dans la période évolutive du germe phrénopathique, on acceptera notre quatrième proposition, d'autant mieux que nous voyons du côté paternel trois parents collatéraux atteints d'aliénation mentale. Il est clair que la ligne paternelle n'est pas indemne, et que si les pères de nos maniaques n'ont pas perdu l'usage de la raison, ils n'en avaient pas moins les virtualités délirantes les plus prononcées.

5° Les mêmes conditions généalogiques ont présidé à la naissance de la manie raisonnante dans les deux sexes.

6° La prédominance des sentiments égoïstes a été reconnue douze fois chez le père et treize fois chez la mère. Dans le cas où elle n'a pas été constatée par l'enquête (cas qu'on pourrait laisser de côté sans aucun inconvénient), il est possible de la prévoir et même de la démontrer par induction. Je dois insister

sur cette prédominance et sur ce qu'elle a de spécial dans la production de la manie raisonnée. Les singularités intellectuelles, et très-probablement celles de la volonté, malgré l'attention que nous leur avons accordée, n'ont aucune spécialité d'action dans la genèse de cette maladie ; elles se rencontrent très-communément à divers titres dans plusieurs espèces phrénopathiques, tandis que l'exagération des sentiments égoïstes a une importance visible, car on ne saurait ni la remplacer, ni la supprimer, sans détruire du même coup la base, le substratum nécessaire à la constitution de la manie raisonnée. Cette prédominance en est l'élément primordial, unique, indispensable, tandis que les autres éléments ne font qu'apporter un tribut étiologique auxiliaire ou adjuvant.

Sans doute, l'exagération des sentiments égoïstes s'observe dans plusieurs autres morosités, mais nous sommes intimement persuadé qu'on ne la voit jamais ailleurs indépendante, simple, isolée de toute autre influence pathogénique, et formant le centre d'attraction vers lequel gravitent tous les phénomènes de l'appareil symptomatique.

En outre, cette exagération est en quelque sorte physiologique, tant elle est dégagée, dans sa nature intrinsèque, de toute altération morbide ; c'est une surexcitation mentale pure, simple, sans la moindre trace de perversion ou d'altération qualitative de la sensibilité morale, ce qui donne à la manie raisonnée une physionomie caractéristique bien différente de la physionomie des autres véanies. Enfin, nous croyons qu'aucun médecin n'a encore fixé son attention sur la prépondérance des passions égoïstes comme cause ou comme élément nosologique des morosités, et sous ce rapport, tout aussi bien que sous le rapport de son importance, elle nous semble avoir un intérêt réel.

Nous venons de dire que la prépondérance dont il s'agit est unique, et cependant nous avons signalé à plusieurs reprises dans nos observations une exagération des penchants, ce qui

semblerait établir une certaine contradiction. Toutefois, il faut répéter d'abord que la suractivité des penchants, soit chez nos maniaques, soit chez leurs parents, est très-peu sensible, et qu'elle n'éclipse pas alors l'exagération de l'égoïsme, qui conserve toujours le premier rang. Ensuite, on ne doit pas oublier que parmi nos observations il y a des cas dont le cachet spécifique moins tranché, moins nettement accusé, paraît échanger quelques traits avec une autre phrénopathie voisine et encore indéterminée, que nous appellerons *manie malveillante*, et que nous essayerons d'esquisser dans un instant. Notre quinzième observation présente également un appareil symptomatique peu franc, mixte en quelque sorte, qui commence à se masquer sous la forme d'une autre espèce phrénopathique, que nous chercherons aussi à caractériser et que nous désignerons sous le nom de *folie des aliénés rabougris*. Nous n'avons aucune observation de manie raisonnante offrant quelques-uns des traits de la *manie bienveillante*, ce qui dépend probablement de la rareté excessive de cette dernière affection.

Ces cas mixtes, placés entre deux maladies limitrophes et servant de transition d'une affection à une autre affection voisine, ont toujours été fort embarrassants pour la nosologie et pour les nosologistes; ils ont obscurci parfois l'idée d'espèce pathologique, malgré son évidence, sa certitude, son utilité. Pour nous, quoique ayant dans l'espèce nosologique la plus grande confiance, nous ne méconnaissons pas ces individualités morbides indécises qui, en médecine comme en zoologie et en botanique, marquent le passage d'un groupe à l'autre dans une classification naturelle.

A une physionomie morbide indécise, incertaine, doit inévitablement correspondre une étiologie douteuse ou mixte; c'est bien ce qui a lieu dans les cas à transition dont nous parlons; ils reflètent le défaut de précision, d'uniformité, de cachet de leurs causes. Voilà comment nous retrouvons dans l'alliance ou plutôt dans la combinaison formée par la présence

simultanée de l'égoïsme et des penchants exagérés, ce léger défaut d'uniformité que nous avons constaté dans nos observations, et que nous avons fait ressortir à plusieurs reprises. Voilà aussi comment les nuances de l'étiologie et celles de la symptomatologie, en s'appuyant, en se corroborant, en s'affirmant réciproquement, lient entre elles ces deux parties de notre travail et donnent à tous nos détails un nouveau degré de certitude.

En résumé, quoique nous ne trouvions pas dans les familles de nos maniaques un nombre bien considérable de vésanies, nous ne pouvons pas nous empêcher de déclarer que la manie raisonnante est essentiellement héréditaire, et qu'elle provient généralement d'un germe morbide spécial non encore parvenu à l'apogée de son évolution.

Mais où sont donc les causes génératrices de ce germe ?

Que les facultés mentales fonctionnent d'une manière régulière ou irrégulière, qu'elles soient parfaites ou imparfaites, elles sont toujours innées. En conséquence, ne trouvant pas, chez les personnes appartenant à la première génération des familles de nos maniaques, la raison d'être de leur folie ou de leur prédisposition morbide, nous devons forcément monter un nouveau degré de l'échelle des transmissions héréditaires pour interroger les aïeux sur la source de la vésanie de leurs petits-enfants. Nous remonterons donc jusqu'à la seconde génération, nous irons même plus loin s'il le faut et nous y chercherons la cause de l'affection qui afflige nos infortunés malades.

Malheureusement, les renseignements nous manquent sur leurs aïeux. Les médecins des asiles savent pertinemment combien il est difficile d'obtenir quelques données précises sur les manières d'être du père et de la mère des aliénés en général. A plus forte raison ces difficultés sont-elles sérieuses et parfois insurmontables quand il s'agit de leurs grands parents. Aussi, ne serons-nous pas étonnés si nous perdons à chaque pas la chaîne des filiations héréditaires.

Nous voyons néanmoins, dans notre résumé étiologique, quelques singularités psychiques anormales (vingt-cinq fois), annonçant chez les aïeux de nos malades l'existence de ces germes tenaces qui aboutissent finalement à la manie raisonnante. Nous les aurions signalés plus fréquemment sans doute, si nous avions eu des détails plus nombreux sur les ancêtres de ces êtres dégénérés.

Nonobstant, nous avons la satisfaction de constater que ces singularités, malgré leur insuffisance numérique, sont absolument identiques entre elles ; leur ressemblance est complète, et de plus elles ressemblent tout à fait à celles qui ont été signalées en parlant des membres appartenant à la première génération des maniaques raisonnants.

A la seconde comme à la première génération, nous constatons donc, partout où nous avons quelques documents, que les déficiences psychiques des aïeux sont identiques et constantes, puisque nous pouvons les compléter à la faveur de la méthode inductive précitée ; qu'elles ne se contredisent pas ; que les mêmes prédispositions existent à la fois dans les lignes paternelle et maternelle ; que des deux côtés les facultés égoïstes ou les penchants ont une prédominance notable, et enfin que la prépondérance des penchants ne se rencontre que chez les aïeux des aliénés à type morbide mixte. Ici encore nous devons répéter que, les particularités anormales de l'entendement des grands parents des maniaques raisonnants étant l'expression congénitale d'un germe morbide transmis par la génération, nous avons à explorer un anneau plus élevé de la chaîne des filiations héréditaires, afin de chercher dans l'organisation mentale des bisaïeux la cause de la vésanie que nous observons chez leurs arrière-petits-enfants.

Pour continuer notre route, nous sommes obligés de remonter jusqu'à la troisième génération. C'est peut-être la première fois que la science va fouiller un passé si éloigné !...

Nous avons bien peu de données qui puissent nous conduire

à une déduction logique quelconque, et cependant on est surpris en apercevant encore dans les trois bisaïeux mentionnés dans nos quatrième, sixième et huitième observations, les mêmes allures psychiques et le même genre de caractère qui ont été signalés chez les parents et chez les aïeux de nos malades ; s'il en est ainsi, nous ne voyons pas qu'il soit possible de refuser aux déficiences mentales des bisaïeux la signification pathogénique reconnue plus haut à ces mêmes déficiences chez leurs descendants immédiats.

Par conséquent, il est probable que le mal des maniaques raisonnants remonte au moins à la quatrième génération.

(La fin au prochain numéro.)



ÉTUDES MÉDICALES

SUR LE RÔLE

DU SYSTÈME NERVEUX DANS LES AFFECTIONS INTERMITTENTES,

ET SUR QUELQUES MOYENS DE TRAITEMENT QU'ON PEUT Y OPPOSER,
PRINCIPALEMENT PAR LE SULFATE DE QUININE,
LES PRÉPARATIONS D'ACONIT ET LE BROMURE DE POTASSIUM,

Par le docteur LE MENANT DES CHESNAIS,

Directeur-médecin de l'asile de Lafond.

I

Lorsqu'en 1863 je répondais à cette question : « *Pourquoi le sulfate de quinine coupe-t-il la fièvre ?* » je ne m'attendais pas à rencontrer l'écho qui vint m'encourager.

Depuis cette époque, cette question, malgré mes autres travaux, n'a cessé de se mûrir dans mon esprit, et la cherté presque continuellement croissante, ou du moins fort élevée des quinquinas, et par suite du sulfate de quinine, m'a constamment préoccupé.

Il pourrait se faire, d'ailleurs, qu'à un moment donné, il fût difficile de se procurer des quinquinas. L'étude des succédanés de la précieuse écorce, qui tant de fois a fixé l'attention des médecins et des chimistes, malgré les insuccès de mes devanciers, me parut donc encore digne de quelques efforts. Un insuccès de plus, quoique très-probable, ne devait pas décourager. J'étais d'autant plus poussé dans cette voie que, depuis une dizaine d'années, mon attention s'était plus particulièrement portée sur l'alcoolature d'aconit. Ce précieux médicament, objet de travaux distingués, entre autres, du docteur Imbert-Gourbeyre (de Clermont-Ferrand), m'avait rendu d'importants

services dans la péricrânite puerpérale, dans certaines névralgies faciales intermittentes à type régulier, dans l'éphidrose, etc. D'ailleurs, son application déjà si utile dans les maladies nerveuses, pouvait peut-être encore se montrer avantageuse dans quelques formes de la folie. Enfin, une observation plus suivie sur les applications possibles d'un médicament quelconque, ne pouvant jamais être un hors-d'œuvre, je résolus de confirmer, par la pratique, certaines données théoriques que j'avais alors déjà formulées.

Plusieurs années d'un succès presque constant et confirmé par des confrères dont le témoignage ne saurait être suspect, M. Quesnel, premier médecin en chef de la marine à Rochefort, entre autres, sont venues justifier mes prévisions, et engageront probablement d'autres médecins à les confirmer ou à les infirmer par le résultat des essais que je serais heureux de les voir tenter.

II

Afin de donner une marche plus régulière et plus facile à ce travail, qu'il me soit permis de rétablir, comme en 1863, la question principale : « Pourquoi le sulfate de quinine coupe-t-il » la fièvre ? »

Pour savoir pourquoi le sulfate de quinine coupe la fièvre : 1° il faut avant tout connaître la fièvre, ce qui l'occasionne, comment elle se produit, quels troubles elle apporte dans l'économie, les organes sur lesquels elle semble principalement agir ; 2° il faut que l'on sache ensuite ce que c'est que le sulfate de quinine, quelles sont ses propriétés physiques, chimiques, physiologiques et thérapeutiques. Si l'on a des données, je ne dirai pas complètes, mais suffisantes sur cette question, la solution du problème est entre les mains.

III

Qu'est-ce que la fièvre, en général, et qu'est-ce que la fièvre

intermittente en particulier ? Si l'on a lu quelque traité important de médecine, on aura remarqué que, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, on pourrait encore dire aujourd'hui comme autrefois, *Tot capita, tot sensus*. Cela doit s'entendre des théories et non des phénomènes que l'on reconnaît cliniquement chez un fiévreux.

Ici, je ne donnerai que mon opinion personnelle, car on comprend qu'il ne me serait pas possible d'exposer, même très-succinctement, dans un simple résumé comme le nôtre, tout ce qui a été pensé et écrit sur ce sujet ; d'ailleurs, ce serait au-dessus de mes forces. Mais, après m'avoir lu, j'engage mes confrères à contrôler ma manière de voir, à la comparer à celle des auteurs qui sont entre leurs mains, en infirmant ou en confirmant ce que j'avance par leur propre expérience.

IV

En général, la fièvre se reconnaît par l'accélération du pouls et l'augmentation de chaleur animale. Quelques auteurs pensent, et je suis de leur avis, que le siège principal de la fièvre consiste dans un état inflammatoire du fluide sanguin et des vaisseaux qui le contiennent, particulièrement de la séreuse, dont la cause première se lie à des troubles du système nerveux. Rarement la fièvre se trouve à l'état simple, et cela se conçoit d'autant plus facilement qu'il est difficile d'admettre qu'il puisse y avoir un trouble quelconque dans la circulation sanguine, sans que le reste de l'économie qui lui emprunte la réparation incessante dont elle a besoin, ne doive s'en ressentir.

Une surexcitation trop prolongée, une impression trop vive, comme le passage du chaud au froid, amènent très-souvent ce que nos pères en médecine appelaient le *synoc-imputris*, fièvre simple.

Celle-ci est commune à l'enfance, sous le nom de fièvre inflammatoire et dans l'adolescence sous le nom de fièvre de courbature simple.

L'irritation du sang et son état phlegmasique comme celui de nos vaisseaux ont, pour premier résultat, de modifier ce fluide en augmentant le *plasma* ou la fibrine, et en diminuant les globules dont le fer est un élément, comme on le sait.

V

Qu'on veuille maintenant retenir ce premier résultat.

La fièvre intermittente, comme toutes les fièvres, est elle-même la conséquence d'un état inflammatoire du sang et de ses enveloppes ; mais la cause de l'inflammation a quelque chose de plus particulier qu'on ne peut pas ignorer, c'est un principe toxique, un miasme, une yose, comme dirait le professeur Piorry, qui détermine l'inflammation.

Ici déjà l'inflammation n'est plus simple comme dans le premier cas.

Je ne m'appesantirai pas sur la nature intime du miasme paludéen auquel on attribue généralement la fièvre intermittente ; je laisse à d'autres les recherches et le soin d'apprécier si c'est un virus, une larve d'insecte ou toute autre chose : je me contente de signaler le fait de l'absorption par l'organisme et, en particulier, par la respiration d'une substance délétère qui s'échappe des marais et qui produit ses ravages quand elle rencontre un milieu qui réunit les conditions nécessaires à son développement.

Il ne faut pas oublier que tous ceux qui habitent les marais n'ont pas la fièvre intermittente ; il faut en nous-mêmes d'autres conditions de désordre sans lesquelles nous serions plus invulnérables, ce que ne contestera pas M. Marchal de Calvi.

Pour bien comprendre l'empoisonnement et ses conséquences, ne perdons pas de vue les trois stades ou périodes qui caractérisent cette maladie, dont les effets sont les uns périodiques et les autres continus.

VI

Le premier stade est marqué par la concentration de la cha-

leur animale vers le centre phrénique, comme le disaient dans leur naïf langage nos vieux maîtres. Le contre-coup de cette stimulation intérieure a pour effet de glacer la périphérie par la soustraction de son calorique normal. De là un frisson plus ou moins intense en lui-même comme dans sa durée. (Voyez sur ce sujet le *Traité de la circulation du sang* de M. Marey et, tout récemment, le mémoire de M. Auguste Voisin. — *Annales médico-psychologiques*, juillet 1867, t. X, p. 132 et suiv. Sur l'épilepsie et les particularités que présente le pouls étudié avec le sphymographe.)

Le corps se recourbe sur lui-même, comme pour se mettre en boule; la peau se ride, blanchit en prenant une teinte mate qui passe au violet sombre aux extrémités, surtout au pourtour des ongles; la tête est comme prise dans un cercle de fer; la face est pâle et crispée; l'œil, plus ou moins égaré, semble implorer la pitié; le pouls devient précipité, petit et serré, il est, comme je l'ai fait remarquer ailleurs, abdominal ou sous-diaphragmatique, et ce signe a son importance; la respiration difficile; les bâillements et les penduculations se succèdent plus ou moins fréquents; les urines sont abondantes et limpides (urines nerveuses). Tel est le premier corps d'armée de la fièvre intermittente.

VII

Avant d'aller plus loin, permettez-moi de suivre cet ennemi dans ses retranchements et d'étudier son plan d'attaque.

Les symptômes dont je viens d'énumérer le hideux cortège dénotent à *priori* que le siège principal du mal est situé au-dessous du diaphragme.

Le système nerveux ganglionnaire est ici le premier commandant de place, c'est lui qui préside aux fonctions de la vie de nutrition, aux absorptions, aux sécrétions et aux excréctions, aux contractions artérielles. Le système du plexus solaire dont les deux principaux ganglions connus sous le nom de ganglions

semi-lunaires, se trouve principalement affecté par le miasme paludéen. L'irritation qui en résulte retentit sur les organes auxquels ce système préside par ses nombreux filets, savoir : le pancréas, le foie, la rate et les reins.

Aussi, remarquons-le bien, tous les auteurs ont tour à tour dirigé leurs recherches, tantôt sur l'un, tantôt sur l'autre de ces organes, et je m'étonne que des observateurs se soient laissés absorber par des exclusions qui ont, à mon avis, diminué de beaucoup l'importance de leurs travaux.

La fièvre hépatique, comme la cacophonie splénomacrosie de M. Piorry, témoignent d'une bonne observation des faits, mais cependant incomplète, parce qu'au lieu d'avoir des vues d'ensemble, ils ont voulu, comme Gall et ses sectateurs pour le cerveau, trop localiser les choses.

La rate, le foie, comme le pancréas et les reins, subissent un afflux sanguin qui augmente la chaleur dans chacun de ces organes, leurs produits de sécrétion et les fait même quelquefois doubler de volume, parce que le système nerveux qui est placé à leur tête leur imprime une activité anormale, surexcité qu'il est lui-même par la présence de l'agent toxique qui a été introduit dans l'économie.

Si maintenant on se rappelle que la fièvre simple seule augmente la fibrine, diminue les globules et débilite promptement, sera-t-on surpris de voir augmenter les désordres sous l'influence d'un poison dont l'action s'ajoute à celle de la fièvre ?

Et si les deux causes puissantes de désorganisation, au lieu de suivre leur marche ordinaire, viennent à diriger leur commune action sur un organe plus important à la vie, comme les poumons, le cerveau ou le cœur, ne verra-t-on pas de suite l'imminence du danger d'une fièvre dite alors pernicieuse, et la nécessité d'une prompte et énergique médication ?

La mort peut donc arriver brusquement dans ce cas malheureux, sans qu'il y ait lieu de s'en étonner.

VIII

Le premier stade ainsi examiné, passons au second ou, si l'on veut, examinons les symptômes qui composent le centre de cette armée à laquelle j'ai comparé la fièvre intermittente.

La vive surexcitation du système ganglionnaire sous-diaphragmatique et des organes qui en dépendent ne peut pas être indéfinie dans sa durée comme dans son intensité; ce serait contraire à toutes les lois connues, surtout en physiologie, et la mort viendrait toujours promptement y mettre un terme forcé. D'ailleurs, le système nerveux de la vie de relation, nous l'avons vu, a été lui-même affecté par une diminution de chaleur causée par l'accumulation du sang vers les organes abdominaux. Une réaction naturelle et nécessaire va s'opérer de ce côté.

Chacun de nous sait que l'onglée causée par les froids de l'hiver est le résultat de la réaction qui s'opère pour rappeler la chaleur dans le membre engourdi. Une réaction pareille s'opère dans les organes périphériques, les muscles et le système capillaire, en même temps qu'une détente a lieu du côté des organes placés sous l'influence du système ganglionnaire.

Le premier effet de ce reflux est d'augmenter graduellement l'ampleur du pouls et la chaleur cutanée; la face devient peu à peu rouge et turgescente, la tête lourde et douloureuse, la respiration plus large. Le malade s'allonge et s'agite impatienté, parce que la chaleur qu'il ressent ne tarde pas à devenir mordicante.

D'un autre côté, les reins, la rate, le foie et le pancréas rentrent dans le repos, les sécrétions deviennent rares, les urines commencent à se colorer, en même temps qu'elles deviennent rares en quantité. Ainsi s'annonce le passage du deuxième au troisième stade.

IX

Le troisième stade n'est, à proprement parler, qu'une exagération de la lutte établie entre le système ganglionnaire et le système de la vie de relation. La réaction du premier sur le second suit une marche progressive qui porte son action sur les capillaires, les follicules glomérulés, pileux, et les cryptes sudoripares.

L'intensité de la réaction peut imprimer une activité telle à ces derniers organes, que la quantité de sueurs produites en une heure et demie par le même individu peut atteindre jusqu'à deux litres.

Rien de plus facile à concevoir que la faiblesse qui succède à un pareil bouleversement de toute la machine humaine.

Dans cette dernière période, les urines sont rares et sédimenteuses; et comme les muqueuses, et surtout la muqueuse intestinale, conservent toujours une certaine solidarité avec le système cutané, il n'est pas rare de voir la crise se terminer par une diarrhée qui peut être fort utile en débarrassant l'économie du poison paludéen qu'elle a pu absorber.

X

La fièvre intermittente peut donc céder à une médication autre que le sulfate de quinine, pourvu que la débilitation ne soit pas portée trop loin, que l'on s'éloigne des miasmes qui l'ont produite et que l'on chasse de l'économie les émanations qui y ont été introduites.

Cette triple circonstance vous explique l'utilité des évacuants et des toniques, afin d'éliminer d'une part la substance toxique et réparer les forces perdues.

Revenons maintenant à la question première :

Pourquoi le sulfate de quinine coupe-t-il la fièvre ?

XI

Nous connaissons la fièvre, ses causes et ses effets ; il faut connaître à présent le sulfate de quinine.

On sait que le sulfate de quinine est un sel végétal dont l'alcaloïde s'extrait d'une écorce particulière appelée quinquina jaune ou quinquina calisaya. Il existe un grand nombre de variétés de quinquinas qui ne jouissent pas à beaucoup près des mêmes propriétés, ne possédant pas dans les mêmes proportions les mêmes principes, et n'ont par conséquent qu'une valeur relative. L'écorce péruvienne, dite *calisaya*, contient en plus forte proportion que toutes les autres un alcaloïde appelé la *quinine*. Cet alcaloïde fut découvert par Pelletier et Caventon dans une variété de calisaya appelé *cordifolia*.

XII

La quinine est une substance lœvogyre, c'est-à-dire qu'elle dévie à gauche le plan de polarisation ; d'un blanc grisâtre à peine cristallisable ; fusible en prenant une apparence résinoïde ; non volatile et très-amère. Cette substance est de plus presque insoluble dans l'eau, mais soluble, au contraire, dans l'alcool, l'éther et les huiles ; elle ramène au bleu le tournesol rougi par les acides, se combine facilement avec ces derniers qu'elle neutralise en donnant naissance à des sels cristallisables.

XIII

Le sulfate de quinine est donc un sel à base de quinine combiné à l'acide sulfurique. A l'état de pureté, ce sel doit contenir 0,74 d'alcaloïde ; il est d'un blanc soyeux très-léger, comme on le sait.

C'est un tonique excellent, mais il jouit surtout de la propriété d'agir sur la masse du sang, en réparant les globules et

diminuant la fibrine. Le sulfate de quinine est le *défibrinant du sang par excellence*. Aucun autre médicament ne possède cet avantage à un degré aussi marqué.

Donc, puisque la fièvre, et la fièvre intermittente surtout augmente la fibrine, diminue les globules en produisant l'anémie, le sulfate de quinine, en produisant les effets inverses, doit faire passer la fièvre, c'est ce que la pratique et l'expérience clinique démontrent chaque jour.

Mais n'allons pas croire que tout soit dit et que l'exposé que je viens de faire puisse suffire à un médecin et, qu'après cela, il se croie en droit de traiter et de guérir toujours une fièvre intermittente. Ce serait grandement se tromper, et l'on voit tous les jours d'excellents praticiens échouer, quoique en administrant le sulfate de quinine et même beaucoup de sulfate de quinine.

XIV

En effet, si ce précieux médicament peut enrayer un accès et se trouve si puissant à combattre les effets toxiques des miasmes paludéens, il ne faut pas oublier qu'il peut être lui-même à son tour un poison.

Il congestionne le cerveau, produit des vertiges, de la cécité et des bourdonnements d'oreille fort pénibles; il irrite la muqueuse de l'estomac et des intestins, produit des gastralgies souvent rebelles et qui sont elles-mêmes cause des rechutes. Ces accidents sont d'autant plus fâcheux que la persistance dans l'emploi du médicament ne fait que les aggraver et en rendre la cure plus difficile.

Je ne terminerai donc pas cet exposé sans mettre en garde contre quelques hérésies médicales qui ont malheureusement cours, et que je regarde comme un devoir de combattre. Heureusement le praticien réel s'occupe peu des théories, lorsque son expérience clinique lui en a montré l'inanité et les contradictions.

XV

Ainsi on a nié que la fièvre donnât lieu à une augmentation de fibrine, et c'est pour cela qu'on a refusé à la fièvre inflammatoire simple d'avoir son siège dans l'inflammation et l'irritation du sang et de ses vaisseaux. Mais remarquons le peu de logique de certains auteurs, qui trop souvent prennent les mots pour des idées, et naïvement croient avoir trouvé une solution pour avoir éludé une difficulté.

Je demanderais volontiers à ces auteurs : 1° s'il est bien avéré que la fièvre n'augmente pas la fibrine, et quelle preuve ils en pourraient donner; 2° je serais encore bien tenté de pousser l'indiscrétion jusqu'à désirer l'explication de ces mots de *fièvre inflammatoire*, *fièvre essentielle*.

Si la fièvre n'augmente pas la fibrine et n'est pas le résultat de la phlogose du sang et des vaisseaux sanguins, qu'est-ce? Si la fièvre diminue la fibrine et ne témoigne pas d'une inflammation, l'expression *fièvre inflammatoire* n'est-elle pas une absurdité, en deux mots, contradictoires? J'en dirai tout autant de l'expression *fièvre essentielle*, que j'ai toujours regardée comme un *pathos* avec lequel je n'ai jamais pu me familiariser. Veut-on dire par là que la fièvre est une *entité* morbide, un principe, une cause première des troubles de l'économie? Dans ce cas, la démonstration ne m'aurait point paru superflue, et je ne dédaignerais pas de connaître l'idée que l'on se fait de cette *entité* morbide.

La fièvre n'est, selon moi, qu'un symptôme qui dénote certains troubles apportés dans l'économie, mais elle n'est jamais une cause première. L'existence de la fièvre peut donner lieu à des accidents ultérieurs sans doute, mais ils ne seront pas moins déterminés tout d'abord par la cause qui a fait naître la fièvre elle-même.

La fièvre la plus essentielle que l'on puisse imaginer est justement celle qui accompagne les affections les plus simples.

Un refroidissement donne lieu à une pneumonie, une pleurésie, un rhumatisme articulaire aigu; voilà, si je ne me trompe, des maladies accompagnées de la fièvre, dans lesquelles tout est simple et facile à analyser et dans lesquelles la fibrine est en excès. Que trouvons-nous, en effet? Un état sain dans le principe, sur lequel le froid brusque vient agir de manière à appeler une réaction énergique telle que, dans la pneumonie, les vaisseaux capillaires des cellules pulmonaires s'engorgent et se déchirent sous la pression de l'ondée sanguine, dont le cours est devenu subitement irrégulier par l'impression du froid; d'où il résulte une inflammation consécutive qui peut aller jusqu'à la suppuration, la gangrène et la mort.

Peut-on nier que, dans ce cas, les troubles de la circulation ne soient la cause unique du mal; et cependant, qu'accuse la saignée alors? la phlogose, la couenne inflammatoire. Et la fièvre que l'on rencontre à un si haut degré, que sera-t-elle? sinon le symptôme d'une inflammation simple.

XVI

Mais si au lieu du froid, c'est un poison, comme dans la fièvre intermittente, la variole, la rougeole, la scarlatine, le typhus, la fièvre typhoïde, charbonneuse, etc., etc., qui soit la première cause des troubles de l'économie, pourquoi attribuerait-on au phénomène fièvre proprement dit, des altérations du sang qui appartiennent incontestablement au poison lui-même?

La logique, le bon sens, d'accord avec l'expérience clinique, en montrant que la fièvre simple est le résultat d'un refroidissement ou d'une simple surexcitation avec le caractère inflammatoire, indiquent bien évidemment que c'est sur elle qu'il appartient d'en étudier les caractères principaux, et non sur les cas complexes, où un poison vient ajouter son action aux effets de la fièvre qui accompagne presque toutes les maladies.

Donc, pour être conséquent, il faut en dehors de la fièvre tenir toujours compte de la cause ou de l'empoisonnement qui l'a fait naître, et qui peut en modifier plus ou moins profondément les caractères primitifs.

Ces principes bien établis, il me reste encore à exposer comment et en quels cas il convient d'employer le sulfate de quinine.

XVII

Le sulfate de quinine, comme tous les médicaments doués d'une énergie réelle, a besoin d'être bien connu dans ses effets, si l'on veut en retirer la plus grande somme d'avantages possible. Son action a pour résultat principal de diminuer la fibrine et de tonifier ; mais, à vrai dire, son action tonique, qui est incontestable, est cependant bien inférieure à d'autres médicaments employés pour cet usage ; je ne vous citerai pour exemple que le fer ; le sulfate de quinine agit aussi très-énergiquement sur le système nerveux, et son action n'est jamais mieux constatée que lorsque ces affections prennent un caractère intermittent, dont il suspend les accès, ou lorsqu'on en abuse par les troubles qu'il produit.

Le système nerveux ne peut qu'être fortement ébranlé par cette lutte qui s'établit entre la vie animale et la vie de relation. L'excitation produite par le sulfate de quinine apporte un trouble d'un autre genre à la faveur duquel l'ordre naturel reprend ses droits.

Mais, pour cela, il faut certaines conditions qui n'ont jamais échappé au contrôle légitime des observateurs sérieux. Sydenham fut un des premiers à vouloir que l'on profitât du calme qui suit immédiatement un accès de fièvre pour administrer le quinquina, afin que cette substance ne perdît rien de sa puissance, qui se trouve toujours plus ou moins paralysée quand on se rapproche de l'accès, et qui parfois ne peut même être tolérée, si l'on vient à l'administrer au début comme le voulait

l'école italienne. Il convient ensuite de le donner de prime-abord à une dose assez élevée et mêlé aux aliments pour rendre sa division plus grande et son action irritante sur la muqueuse gastro-intestinale moins directe.

Une fois les accès coupés, je m'adresse volontiers au quinquina lui-même pour prévenir les rechutes, parce qu'il est plus franchement tonique et réparateur. Son association avec le fer et l'opium est souvent utile.

XVIII

Telles étaient, en 1863, mes convictions sur les affections intermittentes.

A son tour, l'aconit, depuis 1852, m'avait été utile en une foule de circonstances, mais j'avais eu bien souvent à constater l'infidélité des résultats, venant, selon toute probabilité, de préparations mal faites. Je désirais donc vivement savoir à quoi m'en tenir sur une substance parfois très-énergique et parfois inerte. Il y avait là, soit une conquête thérapeutique à faire, soit de tristes déceptions à éviter. Une expérimentation sur moi-même, dans une affection parfaitement caractérisée, devenait une bonne fortune dont je voulus profiter. Je fus bientôt fixé. *Moins de trente gouttes, en trois jours, de l'alcoolature de Gilles, m'ont à tout jamais délivré d'une névralgie faciale intermittente.*

A ce premier résultat encourageant, mais non concluant pour tous, ma clientèle m'offrit, à Paris, une série d'affections nerveuses à types intermittents, dont j'obtins la guérison aussi prompte que radicale avec l'alcoolature de Gilles. Ces faits me confirmèrent donc légitimement dans mes premières idées.

Ce n'était plus seulement la théorie, ni les lois de la physiologie appuyées sur des expérimentations toxicologiques qui me fortifiaient, mais la pratique elle-même me donnait raison.

L'efficacité de l'alcoolature d'aconit, dans certaines névralgies,

surtout celles de la face, dans la fièvre puerpérale, dans l'infection purulente, dans l'éphidrose, méritaient bien la peine que je me donnais. Il y avait là un groupe d'affections diverses par les circonstances et les symptômes qui semblaient cependant se réunir par un lien commun, dont le siège était évidemment le système nerveux et son action sur les *vaso-moteurs*.

Le frisson initial de la péritonite, de la résorption purulente de certaines névralgies, de la fièvre intermittente, devait reconnaître le même siège et des causes identiques.

Les modifications de la circulation, de la respiration et des sécrétions de toutes sortes, avaient tant de rapports dans ces affections diverses, qu'il me devenait difficile d'admettre que la lésion anatomique, siège principal du mal, ne fût pas la même, et pût être ailleurs que dans le système nerveux.

En effet : 1° le poison introduit dans la circulation était le point de départ et la cause du frisson ; 2° l'aconit, alcoloïde analogue à la quinine, défibrinant par excellence, ralentissant la circulation, agissant sur le système ganglionnaire, comme sur le système cérébro-spinal, arrêtant les sueurs débilitantes dans l'éphidrose, diminuant l'afflux du sang vers le cerveau, répondait merveilleusement aux indications offertes par l'étude des affections intermittentes et de la fièvre paludéenne en particulier. Rien n'a donc été plus naturel que mes efforts pour étendre le champ de mes observations sur l'aconit. Si quelques rares succès ont eu lieu, je dois avouer que dans la plus grande majorité des cas je n'ai eu qu'à me louer de son emploi : *mes rapports annuels au ministère de l'intérieur en font foi*.

Depuis, des travaux importants ont été publiés, et tout ce qui a été dit est venu corroborer mes premières impressions qui sont déjà anciennes et confirmer mes applications pratiques.

Pour l'instant, mon intention n'étant que d'appeler l'attention de mes confrères sur une médication utile, je les renverrai plus volontiers aux travaux intéressants de M. O. Reveil et Debout, et aux articles consignés dans le *Dictionnaire ency-*

clopédique des sciences médicales en cours de publication, en priant ceux qui s'occupent des maladies nerveuses et surtout ceux qui sont placés dans les asiles d'aliénés, à expérimenter à leur tour une substance appelée à rendre d'importants services, si elle est appliquée avec discernement, et si l'on fait usage d'une préparation sûre.

XIX

Pour donner plus de poids aux réflexions qui précèdent, qu'il me soit permis de terminer ce travail par la transcription du passage suivant, emprunté à M. Debout (*op. cit.*, pages 602 et 603) :

Névroalgies. — « Dans son paragraphe consacré au traitement des névroalgies par l'aconitine, M. Gubler distingue aussi, sous le rapport de la forme symptomatique, deux espèces de ces affections : les unes, qui se voient chez les anémiques et les chlorotiques, se font sentir le jour sont rappelées et excitées par le froid, et sont justiciables du calorique et de l'opium ; les autres, moins étudiées, qui se montrent exclusivement ou prédominent la nuit, s'exaspèrent par la chaleur, s'accompagnent durant les crises d'une élévation de température de la région affectée, d'une hyperémie et quelquefois d'une sueur locale, et guérissent de préférence par la réfrigération et le sulfate de quinine. C'est surtout dans cette dernière espèce de névroalgies, *névroalgies congestives* avec lésion fonctionnelle du système vaso-moteur, que l'auteur croit l'aconitine appelée à rendre des services, la mettant pour ces sortes de cas sur le même rang que l'alcoïde de quinquina ; il a obtenu d'excellents résultats de son emploi à la dose quotidienne de deux ou trois pilules d'un demi-milligramme chacune. »

« Il y a eu recours également, avec des effets non moins avantageux, dans deux cas d'une affection singulière qu'il

» désigne sous le nom d'*acrodynie*, et à laquelle nous donne-
 » rions plus volontiers celui de *dermalgie rhumatismale*. Cette
 » affection, caractérisée par de très-vives douleurs dans les
 » extrémités, occupant la plante des pieds chez l'un des ma-
 » lades, la pulpe des doigts et les orteils chez l'autre, a cédé
 » rapidement à l'emploi de pilules d'un demi-milligramme
 » d'aconitine, dont le nombre a dû, dans l'un des cas, être
 » porté jusqu'à six par jour.

» Au témoignage si favorable fourni par l'expérimentation
 » clinique du savant agrégé de la Faculté, nous sommes à
 » même d'ajouter celui d'un fait que l'ancienneté de la maladie,
 » l'échec des moyens énergiques antérieurement mis en usage,
 » et le contrôle public auquel il a pu être soumis à l'hôpital des
 » Cliniques, viennent donner une valeur des plus considérables.
 » Il s'agit d'un homme de quarante ans, le nommé Brossard,
 » atteint depuis dix années d'une névralgie faciale du côté
 » droit extrêmement intense, ayant résisté aux médications
 » dirigées contre elle par un grand nombre de médecins, et
 » chez lequel M. le professeur Nélaton a pratiqué, comme res-
 » source extrême, la résection, suivie de cautérisation, des
 » nerfs sous-orbitaire, buccal et mentonnier (voy. sur ce fait
 » l'extrait d'une leçon de M. Nélaton, au *Bull. de thérap.*,
 » t. LXVI). Après trois mois de répit, la névralgie a reparu
 » aussi intolérable qu'avant l'opération. M. Nélaton, entre les
 » mains duquel le malade est venu se remettre, se refusant à
 » toute tentative nouvelle de cure chirurgicale, nous avons
 » songé à expérimenter, avec l'autorisation du professeur, l'ac-
 » tion de l'aconitine dans ce cas rebelle. Pendant quinze jours,
 » Brossard a été soumis à cette médication, et il s'est produit
 » une amélioration extrêmement remarquable, qui a rendu la
 » confiance à ce malheureux prêt à s'abandonner au désespoir.
 » Si la cure n'est pas complète, si les douleurs reparaissent, il
 » aura à reprendre le traitement sous la direction et la surveil-
 » lance du médecin instruit de la localité qu'il habite dans le

» département des Deux-Sèvres. Un fait important à noter,
» c'est que, chez ce malade, pour obtenir les effets physiolo-
» giques, condition du succès, et les effets thérapeutiques, but
» de la médication, il a fallu porter la dose de l'aconitine à
» 7 milligrammes par jour, plus du double de la dose d'expéri-
» mentation de MM. Hottot et Liégeois, et des doses *maxima*
» prescrites » par M. Gubler, dans le cas qu'il a eu à traiter. »

XX

Les intéressantes et précieuses communications faites tout récemment à la Société médico-psychologique par M. A. Voisin sur le *bromure de potassium*, étudié comme agent anti-épileptique, les rapports de parenté thérapeutique et médico-physiologique de cette substance avec celles dont je viens d'esquisser l'ébauche, m'ont paru trop importantes pour garder le silence et pour ne pas faire un appel à l'attention, au zèle et à l'expérience de nos confrères.

La Rochelle, le 21 novembre 1867.

Médecine légale.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

UN CAS DE SIMULATION DE FOLIE

Par le docteur **BILLOD**

Médecin en chef, directeur de l'asile de Sainte-Gommes.

A propos de la publication antérieure de plusieurs cas de simulation de folie, dont quelques-uns ont été reproduits par M. le docteur Laurent dans son intéressante monographie, nous avons énoncé ce fait que, dans l'ignorance où ils sont des caractères propres au délire, la plupart des simulateurs de folie se livrent à des manifestations qui témoignent bien plus de l'affaiblissement des facultés intellectuelles que de leur perversion; d'une diminution, si l'on peut ainsi dire, dans la quantité d'intelligence, que d'une altération dans la qualité. En d'autres termes, et d'après cette donnée, la plupart des simulations de folie ne seraient, à proprement parler, pour nous, que des simulations d'imbécillité.

Le nouvel exemple que nous publions aujourd'hui, entre plusieurs autres que nous espérons publier également dans un temps plus ou moins prochain avec l'agrément des honorables rédacteurs de ce recueil, constitue une véritable exception à la règle ci-dessus établie, et me semble, à ce titre, offrir un certain intérêt.

Il s'agit, en effet, dans l'espèce, d'un individu qui, mettant à profit une expérience acquise dans plusieurs milieux d'aliénés, a simulé, non pas l'imbécillité, mais bien l'aliénation mentale

dans un de ses types les mieux définis. J'ajoute qu'il l'a simulée avec assez d'habileté pour provoquer neuf fois sa séquestration dans des asiles d'aliénés.

La persistance avec laquelle ce simulateur émérite a joué son rôle, pendant l'instruction, d'abord, afin d'obtenir l'ordonnance de non-lieu ; pendant le jugement, ensuite, afin de prévenir une condamnation, et après cette dernière, enfin, dans le but évident et avoué, au surplus, de se faire transférer dans un asile d'aliénés, d'où l'évasion, l'expérience le lui avait prouvé sept fois, lui semblait devoir être plus facile que d'une prison ; cette persistance, ajoutons-nous, jointe aux divers incidents suscités par l'affaire, nous semble constituer pour le rapport ci-après un titre de plus à l'indulgente attention du lecteur.

Quelle que soit l'habileté déployée par l'acteur dans son jeu, hâtons-nous de dire que, s'il a pu tromper quelques personnes étrangères à la spécialité des maladies mentales, et fort excusables, d'ailleurs, de s'être mépris en l'absence des données sur lesquelles elles auraient pu asseoir une appréciation raisonnée, il n'a pu faire la moindre illusion à l'œil exercé des aliénistes qui ont été à même de l'observer.

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, à l'effet d'examiner l'état mental du nommé Armand J..., inculpé de vols, et de savoir si cet individu a réellement la conscience de ses actes et s'il doit en encourir la responsabilité ; après avoir prêté le serment prescrit par la loi, et après avoir visité le prévenu à la prison aussi souvent que cela m'a été nécessaire, ai consigné, dans le présent rapport, le résultat de mon examen.

J'ajoute que l'obligation de rendre cet examen exception-

nellement minutieux et attentif résultait évidemment pour moi du double considérant ci-après de l'ordonnance par laquelle j'étais commis :

« Attendu, dit en effet le magistrat instructeur, que l'inculpé ci-dessus dénommé, déjà plusieurs fois condamné, a été renfermé à plusieurs reprises, avant et après ses condamnations, dans plusieurs asiles d'aliénés, mais qu'il ne résulte pas d'une façon certaine des renseignements donnés par MM. les directeurs de ces hospices la preuve que J... soit bien réellement aliéné ;

» Attendu qu'il est établi par l'information que l'inculpé n'avait donné aucun signe de folie dans les jours qui ont précédé son arrestation, et qu'à l'hôtel de l'Europe, notamment, où il se trouvait en qualité de domestique le 3 septembre dernier, il s'est toujours conduit de manière à éloigner cette hypothèse de ceux qui l'entouraient ; qu'il est indispensable, en conséquence, pour fixer l'appréciation des magistrats sur son compte, qu'un examen sérieux de l'état mental de J... Armand soit fait par un homme de l'art..... »

HISTORIQUE DE L'AFFAIRE.

La procédure qui m'a été communiquée constate que J... Armand a, d'abord, volé une somme de 9 francs dans une malle appartenant à un des autres domestiques de l'hôtel de l'Europe, et dont il a forcé la serrure ; qu'il a volé ensuite à un nommé Delaunay, journalier, demeurant rue d'Orléans, à Angers, chez le même logeur que lui, un pantalon noir, une paire de brodequins neufs et un chapeau qu'il portait sur lui au moment où il a été arrêté ; et qu'enfin, après avoir forcé le loquet des contrevents, il s'est introduit par une fenêtre chez un nommé Planchenault, cultivateur à Sainte-Gemmes, et s'est emparé d'une somme de 20 francs environ, d'un gilet, d'un parapluie et d'un porte-monnaie. Ayant ensuite pénétré dans la cave de

cette dernière personne, il y aurait bu, paraîtrait-il, au point de s'enivrer, et il était, m'assure-t-on, sous l'influence du vin qu'il venait de boire, lorsqu'il a été arrêté sur le territoire de la commune.

ANTÉCÉDENTS ET COMMÉMORATIFS.

L'inculpé, né à Vitré (Ille-et-Vilaine), le 21 mai 1837, paraît avoir mené jusqu'à ce jour une existence assez nomade pour que, dans l'impossibilité de lui assigner un domicile fixe, on ait dû lui reconnaître son droit à l'assistance dans le département où il est né.

Bien que sa première profession ait été celle de jardinier fleuriste, il paraît en avoir changé plusieurs fois et avoir exercé notamment celle de domestique et de garçon d'hôtel.

J... a subi les condamnations ci-après :

1° Le 28 juin 1856, par le tribunal de Laval, pour vol, à six mois de prison ;

2° Le 12 mars 1860, par la cour d'Angers, en appel du Mans, pour vagabondage et introduction dans une voiture de chemin de fer sans billet, à trois mois de prison ;

3° Le 24 avril 1860, par le tribunal du Havre, pour vol, à un an de prison ;

4° Le 26 avril 1864, par le tribunal de Versailles, pour falsification de livret, à six mois de prison ;

5° Le 26 novembre 1864, par le tribunal de Paris, pour vol, à quinze mois de prison.

Il a de plus séjourné dans les asiles d'aliénés ci-après :

1° Asile de, où il a été admis le 4 juillet 1860, après sa condamnation à un an par le tribunal de.....; et d'où, après six évasions et sept réintégrations successives, il est sorti par une septième et dernière évasion (1).

(1) Par ses évasions de cet établissement, J... ne faisait sans doute

Une lettre du préfet de.... à son collègue de..... signalait le dénommé comme ayant une grande tendance à s'évader, comme servi pour cette tendance par sa force physique et son énergie brutale, et comme ayant des penchants contre nature.

Un certificat délivré le 10 mai 1866 par M. le médecin en chef directeur de l'asile dont il s'agit constate que J... présente de temps en temps des phénomènes d'excitation (1) *comme maniaque*, se traduisant par des actes déraisonnables, des mouvements d'impatience, des propos déplacés; que cet individu hait le travail, fréquente les compagnies dangereuses et s'abandonne à toute espèce d'excès quand il est libre; qu'il n'est nullement scrupuleux sur les moyens de se procurer de l'argent pour pouvoir satisfaire ses inclinations mauvaises. « *C'est un état mixte* », ajoute notre honorable confrère, qu'il est peut-être difficile d'apprécier toujours exactement; mais *assurément, J... a le plus souvent la conscience de ses actes*, et les magistrats admettraient difficilement que c'est un aliéné; aussi, il a été condamné plusieurs fois et il est presque impossible, tant J... est adroit et alerte, de l'empêcher de s'évader d'une maison de santé. »

Rien ne me paraît plus exact que cette appréciation, sous des réserves qui ressortiront de la suite de ce rapport, et je prends acte dès à présent de ce fait qu'elle présente J... bien moins comme un aliéné que comme un être pervers et vicieux.

2° Asile de..... Séquestré dans cet établissement le 23 avril 1866, après son évasion de l'asile précédent, il en est sorti, pour être transféré à l'asile de....., le 9 mai 1866. Il y a lieu de penser, d'après la brièveté du séjour (16 jours), que son

qu'anticiper sur la sortie qui ne pouvait manquer d'être provoquée par le médecin-directeur, du moment où ce spécialiste, dans un certificat confirmatif d'une appréciation émanée de l'autorité administrative, le considérerait comme conscient de ses actes.

(1) L'excitation était sans doute le résultat des excès alcooliques auxquels J... avait dû se livrer à la suite de ses évasions.

état mental n'a pas eu le temps d'être modifié assez sensiblement pour qu'il différât beaucoup de celui qui a été constaté par le médecin de ce dernier établissement.

Je ne connais pas l'appréciation particulière de M. le docteur relativement à cet état mental ; mais je serais fort étonné si ce distingué confrère avait constaté tout d'abord autre chose que de l'excitation feinte ou réelle et occasionnée, dans cette dernière hypothèse, par des excès alcooliques.

3° Asile de, où il a été, comme nous venons de le dire, transféré le 9 mai 1866 de l'asile de, et d'où il s'est évadé le 12 juin suivant.

Il résulte du témoignage du médecin directeur de cet établissement que, pendant son séjour dans l'asile, J... n'a pas présenté de signes manifestes d'aliénation mentale. Le certificat médical portait qu'il était atteint de dypsomanie au moment de son entrée à l'asile.

« Peut-être, observe judicieusement notre confrère, n'est-ce en effet qu'à la suite d'excès de boissons qu'il donne des signes d'aliénation mentale. »

4° Asile de Une lettre adressée par le médecin directeur de cet établissement à M. le procureur impérial constate que J..., arrêté au chef-lieu, a été amené à l'asile le 4 août 1866, mais qu'il n'a aucun renseignement sur ses antécédents ni sur les motifs qui ont déterminé son arrestation.

Il ajoute que, pendant tout le séjour de J... dans son asile, il n'a pu constater chez lui aucun signe d'aliénation mentale, et que cet individu est sorti le 28 août 1866, pour ce motif, en vertu d'un arrêté préfectoral du 24 du même mois.

Cet exposé des antécédents de J... se trouvera complété plus loin par des détails émanés de lui-même et que nous reproduirons sous une réserve trop justifiée par la connaissance des habitudes de mensonge et de dissimulation de cet individu. Je me borne à constater dès à présent que, malgré son séjour dans quatre asiles d'aliénés, l'existence chez lui d'un état antérieur

d'aliénation mentale est loin d'être démontrée, et que les honorables médecins de ces établissements semblent même unanimes à reconnaître, ou qu'il n'a donné aucun signe d'aliénation mentale, ou que les phénomènes d'excitation réelle ou simulée qu'il a pu présenter quelquefois étaient parfaitement compatibles avec une conscience complète de ses actes et excluaient, par suite, l'irresponsabilité.

Il importe, toutefois, de relever, d'après l'ensemble des renseignements, l'existence chez J... d'une propension plus ou moins irrésistible aux excès alcooliques (dypsomanie), et de l'excitation avec délire, qui pourrait bien en avoir été souvent la conséquence naturelle, mais momentanée.

Nous croyons utile aussi de reproduire, pour les besoins de l'expertise, l'extrait ci-après d'une lettre adressée par le directeur de la maison centrale de Gaillon à M. le procureur impérial d'Angers :

« Cet homme n'a pas donné de signes d'aliénation mentale pendant le temps qu'il a passé à Gaillon; seulement, il s'est livré plusieurs fois à des actes qui ont toujours fait croire qu'il jouait la *comédie*. »

EXAMEN DIRECT.

L'inculpé est un homme de vingt-huit ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une bonne constitution et d'une force physique qui paraît être peu ordinaire; sa physionomie est intelligente et d'une mobilité qui trahit l'habitude d'une certaine excitation; elle paraît empreinte d'une véritable énergie brutale, et l'égarément qu'elle nous présente d'abord me paraît trahir l'effort, et n'avoir rien de réel et de spontané. Le regard, d'ailleurs, semble éviter de se fixer sur l'interlocuteur.

Vu d'abord à travers le judas de la porte de sa cellule, il nous paraît agité. Tourné vers la fenêtre, il semble s'adresser à un être imaginaire auquel il montre le poing; puis il se promène avec agitation en secouant de temps en temps la tête et

en frappant du pied. Dans le moment, son excitation ne porte que sur les actes, mais les gardiens m'assurent qu'on l'entend souvent vociférer et que cela lui arrive aussi bien la nuit que le jour. Il semble, disent-ils, s'adresser le plus ordinairement à une femme invisible, qu'il nomme Césarine, par laquelle il se dit poursuivi, dont il dit entendre la voix et qui l'excite à agir irrésistiblement (1).

L'agitation *redouble* toutes les fois que l'on pénètre dans sa cellule et qu'on lui adresse la parole : elle se traduit alors à la fois par des mouvements extraordinaires et des propos incohérents. Cette agitation aurait été telle, paraît-il, une fois, qu'on aurait dû le mettre au cachot et lui appliquer les menottes. Immédiatement après cette application, il se serait couché par terre en chantant la *Marseillaise* et aurait continué à s'agiter. Mais, après avoir subi deux jours de cette coercition, il aurait demandé grâce au gardien chef, lui promettant d'être calme et disant, pour s'excuser, qu'il avait eu une fièvre cérébrale. Ce changement subit, motivé par l'effet d'une peine disciplinaire, n'a pas laissé que de surprendre les gardiens et de leur paraître suspect, et leur étonnement n'a pu qu'augmenter lorsqu'ils ont vu que J... faisait plus encore que de leur tenir parole, puisque, en persistant dans son délire et son agitation, il en réglait les manifestations au point de les maintenir dans des limites qui ne nécessitassent plus le retour à la coercition.

Il avait, tout d'abord, et plusieurs fois, déchiré ses vêtements ; mais il a cessé cet ordre de manifestations à la suite de la même circonstance. La manière même dont il avait opéré les déchirures que nous avons vues m'a paru suspecte, car je ne lui ai pas trouvé ce caractère franchement et naturellement désordonné de la tendance à déchirer qui distingue certains maniaques

(1) N'ayant manifesté cette conception délirante que pendant une quinzaine de jours, je n'ai pas besoin de faire ressortir aux yeux d'aliénistes ce qu'il y a eu de significatif dans son rapide abandon, au point de vue de la simulation.

ou déments. En les opérant, l'inculpé semblait même s'être préoccupé du dommage qui allait en résulter pour lui et s'être arrangé de manière à ce que le raccommodage en fût facile, car les solutions existaient bien plus dans la *contiguïté* des morceaux que dans la *continuité* de l'étoffe des vêtements qui étaient plutôt décousus que déchirés.

Du reste, il n'existe et n'a jamais existé dans aucun moment la moindre trace de désordre dans la cellule, et J..., dans ses lacérations, avait toujours eu le soin d'*excepter les draps, couvertures et matelas de la prison*. Il fait lui-même son lit, se déshabille et s'habille seul et règle normalement toutes ses excréations.

Il mange à ses heures et proprement. Toutefois, il lui est arrivé un jour de renverser sa soupe dans un coin, de la recouvrir de pain divisé en petits morceaux et d'étendre sur le tout son mouchoir.

Le gardien ayant voulu, en ma présence, enlever ce mouchoir pour me montrer ce qu'il recouvrait, J..., qui était comme toujours, lorsqu'on pénétrait dans sa cellule, beaucoup plus agité, s'interposa tout à coup et s'écria : « Ne touchez pas à cela, c'est pour ma femme et mes enfants. »

D. — Vous êtes donc marié, lui dis-je ?

R. — Oui.

D. — Depuis combien de temps ?

R. — Depuis douze ans.

D. — Combien avez-vous d'enfants ?

R. — *Vingt-quatre*.

D. — Vous avez eu *vingt-quatre enfants en douze ans* ?

R. — Oui.

J... était depuis quinze jours à la prison, lorsqu'il a été mis pour la première fois en ma présence, et son trouble mental avait commencé, paraît-il, dès le lendemain.

Dans la série des entrevues que j'ai eues avec l'inculpé, j'ai

constaté dans les manifestations de ce trouble les phases ci-après :

J'ai été frappé d'abord d'une différence dans la manière d'être de J..., suivant que je l'observais dans sa cellule, à travers le judas, ou suivant qu'il était en ma présence dans la chambre d'instruction ; cette différence peut se résumer ainsi :

Dans la cellule, *excitation plutôt agie que parlée*, c'est-à-dire se traduisant plutôt par des gestes et mouvements désordonnés que par des paroles ; en ma présence, *excitation à la fois agie et parlée*, c'est-à-dire caractérisée simultanément par des mouvements désordonnés et des *propos* incohérents, avec redoublement dans certains moments, et effort pour élever l'excitation jusqu'au degré de l'exaltation la plus violente. Les mouvements consistent dans une déambulation rapide et dans une circumduction saccadée des deux mains l'une autour de l'autre.

Je constate, pendant toute la durée de mes entrevues avec J..., la cessation constante et permanente du mouvement prédominant dans la cellule, qui le porte à se tourner d'un côté pour s'adresser à son interlocuteur imaginaire. Pendant qu'il exécute, d'ailleurs, tous ses mouvements désordonnés, il évite, avec un soin suspect, de diriger son regard vers la personne présente.

Quant aux propos incohérents, la manière dont il les prononce trahit un effort visible de volubilité, effort qu'il ne peut, d'ailleurs, continuer longtemps, ainsi qu'on en peut juger par le spécimen ci-après, emprunté à ma deuxième entrevue avec lui.

A peine est-il en ma présence, qu'après avoir été vu calme dans sa cellule, il s'exalte et s'écrie, en marchant avec une extrême vivacité : *Qu'est-ce que c'est..., je ne veux pas voir ce monsieur. Qu'est-ce qu'il me veut ? Non, je ne veux pas le voir, je veux aller à l'échafaud, nous le mettrons à la cave, plus haut, plus haut, 40, 42, 43, n'importe quoi, n'importe quoi, n'importe quoi, invité, invité, invité, refusé, refusé, refusé.*

Cessant ensuite de parler, il continue à marcher avec vivacité, et je crois alors remarquer qu'il jette de temps en temps un regard en dessous.

Au bout de quelques instants, et à la suite d'une question que je lui adresse, il se monte de nouveau et dit : *Voyez-vous cette femme, elle est toujours après moi ; qu'elle me laisse tranquille, elle me bat, elle me parle toujours, toujours, toujours, d'un côté ou de l'autre, d'un côté ou de l'autre..., sur un point, sur un point, aïe donc, aïe donc, aïe donc..., tape donc..., tu me suivras donc toujours..., tortille donc, tortille donc..., va donc toujours, toujours, toujours....*

Ramené dans sa cellule, il continue à marcher avec vivacité, mais il ne parle plus que pour prononcer quelques mots de loin en loin.

Dans l'intervalle de ma première et de ma deuxième entrevue avec lui, il avait dit aux gardiens que je m'étais joint à *Césarine* pour le persécuter, qu'il entendait ma voix comme celle de son interlocutrice ordinaire, et qu'au lieu d'un seul persécuteur il en avait deux maintenant.

Je rattache à cette partie de mon expertise l'interrogatoire subi par J... le 6 septembre dernier devant M. le juge d'instruction.

Aux questions relatives aux nom, prénoms, à l'âge, à la profession, l'inculpé a fait les réponses absurdes et grossièrement contradictoires qui suivent et que n'eût certainement pas faites un véritable aliéné dont on eût pu fixer l'attention :

« Je me nomme Anna Benoist, âgé de quarante-trois ans, charcutier, né à Rennes en 1854 ou 1855, fils de Bébi Leroy et Marie-Jeanne Ledubie, marié avec Joséphine Gravaut, vingt-quatre enfants, ne sais ni lire ni écrire. »

D. — Depuis quand avez-vous quitté Rennes ?

R. — Depuis six mois.

D. — Le livret que je vous présente vous appartient-il ?

R. — Non.

D. — Ne sortez-vous pas de l'asile de ?

R. — Je n'y suis jamais allé.

D. — N'avez-vous pas volé hier à Angers un pantalon en drap noir, une paire de brodequins et un chapeau appartenant au sieur Delaunay ?

R. — Je ne me rappelle pas avoir couché avant-hier à Angers. Je ne crois pas avoir volé les objets dont vous me parlez, car j'étais vêtu et chaussé. J'étais hier à Nantes, l'où on a assassiné ma sœur.

D. — N'avez-vous pas volé hier, commune de Sainte-Gemmes, 20 francs et divers effets d'habillement au préjudice du sieur Planchenault ?

R. — J'avais de l'argent sur moi. J'ai volé 60 000 francs à Nantes et j'ai tué deux canards. »

Nous croyons inutile de continuer le présent interrogatoire.

Dans les premiers interrogatoires que j'ai fait subir à l'inculpé, il a fait à la plupart de mes questions des réponses analogues.

D'après les données qui précèdent, le doute ne me semblant plus possible sur le caractère simulé de l'aliénation mentale offerte par J..., j'ai cru devoir, avant de m'engager dans une nouvelle phase d'examen, écrire à M. le juge d'instruction la lettre ci-après :

« Sainte-Gemmes, 28 septembre 1866.

» *A M. Peltier, juge au tribunal, y remplissant les fonctions de juge d'instruction, pour le titulaire en congé.*

» Monsieur,

» Il résulte du premier examen auquel je me suis livré, suivant votre ordonnance, de l'état mental de l'inculpé J..., que cet individu simule la folie. Mais, avant de pouvoir déduire

dans un rapport les raisons qui ne m'e semblent laisser aucun doute à cet égard, et de manière à éclairer complètement votre religion, j'ai besoin de l'observer encore une quinzaine de jours. Il ne serait pas impossible, d'ailleurs, que, dans ce délai, le prévenu, à qui je crois avoir fait comprendre déjà que la science ne pouvait pas être dupe de ses efforts, jetât le masque et renonçât à son système.

» Je crois pouvoir affirmer, en tout cas, dès à présent, qu'il n'est nullement aliéné, et j'ajoute même que rien ne me sera plus facile que de le prouver.

» J'ai l'honneur d'être, etc..... »

Changeant de système dans les entrevues que j'ai eues avec l'inculpé, après l'envoi de cette lettre, je me suis attaché tout d'abord, par des déclarations fermes et appuyées sur des raisonnements que je me suis efforcé de rendre simples et faciles à saisir, que je n'étais pas dupe de son jeu ; que sa folie n'était et ne pouvait être que simulée ; que l'expérience acquise par moi dans l'exercice prolongé de mes fonctions spéciales n pouvait me laisser aucun doute à cet égard ; que, mon rapport devant conclure dans ce sens, le fait d'avoir simulé la folie ne pourrait être considéré que comme une circonstance aggravante ; qu'il devait renoncer à l'espoir d'obtenir une ordonnance de non-lieu et d'être transféré dans une maison d'aliénés d'où il lui eût été, on le sait par l'expérience, plus facile de s'évader ; qu'il s'exposait, d'ailleurs, par la longue et forte tension d'esprit qu'exigerait de lui la continuation de son rôle de simulateur, à devenir réellement fou.

Pendant que je lui parlais ainsi, l'inculpé continuait, il est vrai, son jeu ; mais il était évident pour moi, d'après une certaine expression de sa physionomie, que, tout en s'y livrant, il ne perdait pas une seule de mes paroles, qu'il se livrait même un combat intérieur, et n'était retenu sur la pente des aveux que par la crainte de tomber dans un piège.

Après m'avoir prêté une fois une attention soutenue, il

s'exalte tout à coup en disant : *Je veux être condamné, qu'on me condamne, je veux aller à l'échafaud, qu'on m'y conduise, je le veux, je le veux.*

Trois entrevues ayant eu lieu sans que l'inculpé modifiât plus sensiblement que je viens de le dire sa manière d'être, j'eus recours à l'expédient suivant, qui m'a parfaitement réussi pour l'amener à jeter le masque.

Ayant prié M. le docteur Faucher, médecin-adjoint de l'asile, et MM. Chauvin et Fabre, mes internes, de m'accompagner à la prison, suivant le désir qu'ils m'en avaient d'ailleurs témoigné, je profitai de leur présence pour m'étendre devant l'inculpé, mais en m'adressant spécialement à eux, sur les raisons qui ne me semblaient laisser aucun doute sur la simulation et qui ne les frappaient, d'ailleurs, pas moins que moi.

Je reproduisis dans cette circonstance, en leur donnant un caractère plus scientifique, les observations que j'avais plusieurs fois adressées à J..., et j'insistai surtout, en citant des exemples vrais ou fictifs, sur le danger que courait la raison des simulateurs de folie et sur l'impossibilité pour lui de continuer son rôle pendant une expertise peut-être fort longue, car mon intention était d'attendre qu'il eût jeté le masque pour faire mon rapport.

La forme nouvelle sous laquelle ces réflexions étaient présentées, jointe à l'adhésion qu'elles recevaient de mes interlocuteurs, nous sembla, à de certains signes, produire un tel effet sur l'esprit de l'inculpé, que nous partîmes avec la conviction que, dans l'entrevue suivante, et lorsque je serais seul avec lui, il me ferait l'aveu de sa simulation et la cesserait *au moins vis-à-vis de moi*. Je me hâte d'ajouter que nos prévisions se sont pleinement réalisées, ainsi que l'on en peut juger par les détails qui suivent :

Dans l'entrevue suivante, je retrouvai un tout autre homme, et si je fus moins frappé du changement qui s'était opéré dans la physionomie de J..., c'est que l'égarement des traits chez

les simulateurs de folie n'ayant rien que de factice et d'apparent, le changement d'expression qui résulte de la cessation du rôle est moins frappant que celui qui s'opère chez le véritable aliéné, sous l'influence du retour à la raison.

J... convient de la simulation, tout en cherchant à soutenir que sa tête n'est pas bien normale, et me fait plusieurs raisonnements qui témoignent évidemment de l'intégrité de sa raison.

J'ajoute que, tout en se montrant prolix et diffus dans ses paroles, J..., dans toutes les entrevues que j'ai eues avec lui depuis qu'il a cessé son rôle de simulateur, m'a donné toutes les preuves de la plus parfaite lucidité.

Je reproduis ici la partie essentielle des interrogatoires que je lui ai fait subir, et dont le résultat contraste si visiblement avec celui des précédents.

D. — Quels sont vos nom et prénoms ?

R. — J... Armand.

D. — Où êtes-vous né ?

R. — Vitré (Ille-et-Vilaine).

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — De vingt-sept à vingt-huit ans. Je ne me rappelle pas exactement l'année de ma naissance ; je sais seulement que c'était au mois de mai.

D. — Quelle est votre profession ?

R. — Jardinier-fleuriste d'abord, puis domestique, garçon d'hôtel.

D. — Savez-vous lire et écrire ?

R. — Un peu.

D. — Avez-vous votre père et votre mère ?

R. — Non, ils sont morts.

D. — De quelle maladie ?

R. — Ma mère est morte d'une maladie comme une autre. Mais, ajoute-t-il après quelques moments d'hésitation et de réflexion qui me prouvent que l'assertion suivante est préméditée pour corroborer le fait d'une folie réelle par l'existence

d'antécédents héréditaires, mon père est mort, m'a-t-on dit, d'une fièvre cérébrale.

D. — Avez-vous des frères et des sœurs ?

R. — Six frères et cinq sœurs. Ils sont tous mariés. J'en ai à Laval, à Rennes, à Paris. J'ai une sœur dont le mari est chef de gare au chemin de fer de Lyon. Ce dernier est venu me voir à l'asile de.....

D. — Y a-t-il eu des aliénés ou des épileptiques dans votre famille ?

R. — Je ne l'ai pas entendu dire.

D. — Expliquez-moi comment vous avez été placé dans des asiles d'aliénés ?

R. — J'étais garçon à l'hôtel de l'Europe, au Havre, lorsque j'ai été entraîné par une femme de charge et le chef de cuisine du même hôtel qui s'étaient emparés d'une certaine quantité de vin et d'autres objets. Arrivé à Paris avec eux, je m'en suis séparé pour aller au Mans, où j'ai été arrêté pour m'être introduit dans des voitures de chemin de fer, sans billet ; de là j'ai été conduit à Angers, puis d'Angers à....., et de là à....., dans la prison de cette ville. J'ai été examiné par M. le docteur....., et j'ai été placé ensuite à l'asile de..... J'ai entendu dire que mes deux complices ont été condamnés plus tard, l'homme à cinq ans de prison, la femme à un an. »

Je borne là cette reproduction de réponses dont je suis loin de garantir la sincérité, mais qui témoignent tout au moins d'une parfaite lucidité.

L'inculpé me confesse, d'ailleurs, ses désordres de conduite en disant : « C'est le vin qui me perd : quand j'ai bu je ne me connais plus. » Il m'a paru, enfin, très-préoccupé de la suite qui allait être donnée à son affaire, et m'a demandé plusieurs fois si je pensais que ce fût une affaire de cour d'assises et qu'il dût comparaître bientôt.

Ayant appris qu'en dehors de ses entrevues avec moi, J... manifestait encore dans sa cellule une certaine agitation, je lui

en parlai en faisant ressortir ce qu'il y avait d'inconséquent à faire le fou vis-à-vis des gardiens et à être raisonnable et conscient devant moi. Il opposa à mes assertions des dénégations absolues en convenant, toutefois, d'un certain degré d'excitation, mais en l'attribuant aux préoccupations légitimes que lui causait sa situation. Toutefois, il persista dans son système, et il y a lieu de présumer que J... espérait encore exploiter le stratagème de sa folie simulée vis-à-vis du médecin de la prison, des gardiens et peut-être aussi vis-à-vis du tribunal. Il serait possible aussi qu'à défaut de toute illusion sur le résultat de son jugement, il se fût bercé de l'espoir que son antécédent de folie lui servît après sa condamnation à obtenir son transfèrement de sa prison dans un asile, d'où il s'évaderait plus facilement. (On verra plus loin que cette prévision s'est réalisée.)

Notons, en terminant ce qui se rapporte à l'examen direct de l'inculpé, que, tout en continuant à jouer le rôle de la simulation dans sa cellule, il l'avait prudemment réduit à un degré qui n'avait plus rien de très-pénible et de très-fatigant.

APPRÉCIATION.

En présence des aveux de l'inculpé, il est à peine besoin de faire ressortir ce qu'il y avait de contraire aux caractères de la véritable folie dans les manifestations auxquelles il se livrait.

Sans doute, et contrairement à la pratique de la plupart des simulateurs qui, dans leur ignorance des véritables caractères de la folie, créent des types impossibles et croient le plus souvent faire les fous en faisant les imbéciles, J..., mettant à profit les notions qu'il a acquises pendant son séjour dans quatre asiles d'aliénés, a simulé des folies dont le type existe réellement dans la nature, mais il les a mal simulées.

S'il avait été réel, l'état mental de cet individu aurait revêtu les caractères de l'excitation maniaque avec délire général, prédominance d'idées de persécution, hallucinations de l'ouïe

et impulsions irrésistibles ; un tel type de folie existe bien, en effet ; mais, si l'on ne peut nier que la plupart de ces symptômes aient été reproduits par l'inculpé, il suffit de la moindre expérience de la pathologie mentale pour reconnaître que la marche de ces symptômes n'est pas celle qu'elle affecte naturellement.

C'est ainsi, par exemple, que si le délire général qui caractérise l'excitation maniaque peut bien, dans quelques cas, présenter une prédominance d'idées de persécution, ces idées n'existent alors qu'à l'état de prédominance, et qu'elles s'enchaînent, en tout cas, dans l'ordre des idées délirantes, de manière à ce que la concomitance des unes et des autres s'observe constamment. Or, cette concomitance n'existait pas dans les manifestations du délire de J..., et, au lieu d'entrer dans le délire général à titre de prédominance et de faire corps, pour ainsi dire, avec lui, le délire partiel de persécution s'en montrait séparé et distinct. Il y avait donc chez J... *un délire partiel de persécution alternant avec un délire général*, c'est-à-dire *succession* d'une forme à une autre dans des conditions de marche où ces deux formes s'excluent naturellement, plutôt qu'une prédominance brochant, si l'on peut ainsi dire, sur un délire général.

Ce n'est pas le tout, en effet, et la plupart des simulateurs l'ignorent, que de présenter les caractères de tel ou tel type de folie ; il faut encore les coordonner et les combiner dans leur marche suivant les lois que la nature a posées et que la science a formulées.

La folie, bien que pouvant présenter dans son cours des variations qui correspondent à ce que l'on est convenu d'appeler rémission, intermission, redoublement, exacerbation, affecte une marche plus égale et plus uniforme que dans l'espèce simulée par J...

On ne lui voit pas offrir, à de si courts intervalles que chez cet individu, de telles modifications qu'après une courte période

d'excitation maniaque, le délire cesse tout à coup d'être général, l'excitation persistant, pour devenir partiel ; que cette excitation elle-même porte tantôt sur les mouvements et les paroles, tantôt sur les mouvements seuls, à l'exclusion des paroles, suivant des circonstances qui sont ordinairement sans influence sur la marche de la véritable excitation maniaque, c'est-à-dire suivant que le malade est seul ou en présence de quelqu'un.

Les différences que nous ont présentées les manifestations de l'état mental de J..., suivant que nous l'examinions dans la chambre d'instruction ou dans sa cellule à travers le judas de la porte, n'ont pas été tout d'abord une de nos moindres raisons de croire à la simulation.

Il n'est pas ordinaire, en effet, que les manifestations redoublent chez le vrai maniaque, lorsqu'on est en sa présence, et il y a plus de chance, au contraire, pour que le délire cesse alors pour reprendre ensuite.

En supprimant ou restreignant, lorsqu'il était seul dans sa cellule, l'excitation *parlée* pour ne continuer alors que l'excitation *agie*, J... cédait à un mobile évident. C'était le besoin de diminuer les fatigues de son rôle en retranchant celle de toutes les manifestations qui exigeait la plus grande contention d'esprit.

Il était d'ailleurs trop prévenu contre la possibilité d'une observation incessante par le judas de la porte pour suspendre complètement la simulation dans ces conditions.

De toutes les formes d'aliénation mentale, l'excitation maniaque étant celle qui entraîne le plus irrésistiblement la volonté de l'aliéné et lui laisse le moins d'empire sur lui-même, l'engagement pris par J... d'être calme, après le séjour au cachot et l'emploi des menottes, n'aurait pas pu être tenu d'une façon même relative par un véritable maniaque ; de même que la véritable folie présente plus d'uniformité dans sa marche, elle présente aussi plus d'homogénéité, si l'on peut ainsi dire, dans ses manifestations.

Pour ce qui est, par exemple, du délire général, il est bien certain que, pendant toute sa durée, il se montre sous une forme unique et continue.

Les idées se succèdent, en général, chez le vrai maniaque, avec une telle rapidité et une telle abondance que les mots ne suffisent pas pour les exprimer, il en résulte une véritable incohérence qui frappe l'auditeur.

Le délire de l'inculpé présentait bien parfois ce caractère, c'est-à-dire qu'il parlait avec une véritable incohérence, mais cela ne durait que quelques instants.

Après une série de propos désordonnés, mais dans lesquels il m'était impossible de reconnaître l'incohérence du vrai maniaque, il s'arrêtait bientôt, comme s'il était fatigué du rôle, ou comme s'il était *à court de mots*.

Il était évident que, pour lui, la source n'était pas, comme pour le vrai maniaque, intarissable, et c'était certainement pour y suppléer que J... finissait invariablement ses périodes par la répétition fréquente du même mot, rappelant ainsi ces écoliers, qui, récitant une leçon, s'arrêtent de temps en temps sur un mot qu'ils répètent plusieurs fois comme pour aider à leur mémoire.

Les mouvements étaient aussi, chez J..., moins désordonnés qu'ils ne le sont d'ordinaire chez le vrai maniaque; on peut même dire qu'ils étaient plutôt rapides et accélérés que désordonnés, à proprement parler.

La prédominance, au plus fort de son excitation, de deux mouvements spéciaux : marche rapide, en tournant ses deux mains l'une autour de l'autre, m'a semblé évidemment exclure ce caractère de généralité qui est ordinairement le propre de l'agitation des vrais maniaques.

J'ajoute que la forme et le degré d'excitation que présentait l'inculpé excluaient, si elle n'eût pas été volontaire, certains soins de la personne qu'il n'a jamais cessé de prendre. Il s'est toujours, en effet, habillé et déshabillé seul, a constamment fait

son lit, a toujours gouverné ses excréations et n'a commis dans sa cellule aucun acte de désordre en dehors du fait isolé et par cela seul suspect, d'avoir déchiré ses vêtements, comme il a été dit plus haut.

Il était aussi impossible de reconnaître dans les réponses absurdes et contradictoires faites par J... à M. le juge d'instruction comme à moi-même, sur ses nom, prénoms, âge, lieu et date de naissance, état civil, etc. . . , des réponses d'aliénés; il y a même lieu de penser qu'un véritable maniaque, si l'on eût pu fixer son attention, aurait fait à ces divers égards des réponses justes, pour la plupart.

Je relève également, comme éminemment suspect, le fait d'avoir prétendu, après m'avoir vu une première fois, que je m'étais joint à la personne qu'il désignait sous le nom de Césarine, et par laquelle il disait être tourmenté et poursuivi; pourquoi moi plutôt qu'un autre? Une conception délirante de persécution ne se modifie pas avec cette facilité; un vrai maniaque eût à peine remarqué ma présence, tant l'impression eût été fugitive.

Il y a lieu de remarquer, enfin, que les accès de folie chez J... ont toujours semblé se produire pour les besoins d'une cause et qu'ils ont cessé du moment où le but était atteint.

Il importe, d'ailleurs, de ne pas oublier que J... paraît avoir la passion des alcooliques; qu'il n'a pu que s'y abandonner pendant les sept évasions de l'asile dont il s'agit, et que son état mental, au moment de ses réintégrations, a dû se ressentir de l'excitation produite par des excès plus ou moins répétés et continus.

L'appréciation, enfin, qui résulte pour moi de l'examen le plus attentif, peut se résumer ainsi: J... est d'un caractère violent, emporté, disputeur, qui s'anime et s'exalte avec la plus grande facilité en parlant, pour peu surtout qu'on le contredise et dont la parole dans ces conditions devient facilement prolix et diffuse; mais, à coup sûr, ce n'est pas un aliéné.

CONCLUSIONS.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir conclure :

1° Que le nommé J... Armand jouit de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles, et qu'il a, partant, la parfaite conscience de ses actes ;

2° Que l'état de folie dont il a présenté des signes n'était et ne pouvait être que simulé.

Sainte-Gemmes, le 16 octobre 1866.

D'après les conclusions de ce rapport, l'information a suivi son cours et la chambre des mises en accusation a décidé le renvoi de J... devant la cour d'assises pour la session de novembre 1866.

Pendant l'audience, qui a eu lieu le 21 du susdit mois, J... a repris le masque qu'il avait jeté devant moi, dans l'espoir sans doute de tromper le jury.

Pendant la lecture de l'acte d'accusation et pendant l'audition des premiers témoins, J... s'est tenu tranquille sur les bancs des accusés, la face tournée en haut et un peu de côté, le regard fixé sur un point de l'espace, les traits contractés par un sourire béat et jouant la scène d'une hallucination de l'ouïe.

Interrogé ensuite par le président des assises, il se lève, tourne ses deux mains l'une contre l'autre et répond en bredouillant : « Je ne sais pas..., je ne me rappelle pas, moi; tout ce qui me passe par l'idée il faut que je le fasse, moi... » Puis, lorsqu'on lui rappelle l'aveu qu'il m'a fait de sa simulation, il répète plusieurs fois ces mots : « Je ne suis pas fou, moi » et il affecte de retomber ensuite dans la contemplation du même point de l'espace en affectant le même sourire.

Telle fut l'attitude de l'accusé jusqu'au moment où je reproduisis dans ma déposition orale les arguments sur lesquels

je m'étais fondé dans mon rapport pour conclure à la simulation et jusqu'à celui où le maître de l'hôtel de l'Europe, qui l'avait eu pendant plusieurs jours pour domestique avant la perpétration du vol, affirma que, pendant tout le temps que J... avait été à son service, il n'avait donné aucun signe de folie.

En ce moment, soit que pour détruire l'effet de cette double déposition l'accusé crût devoir frapper un grand coup, soit que cette nature que j'ai présentée comme violente et irascible au plus haut degré, n'ait pu voir s'écrouler l'échafaudage si péniblement élevé par elle sans éprouver un mouvement de colère et d'emportement véritables, il saisit avec ses dents son paletot et se mit à le déchirer à plusieurs reprises, non plus cette fois dans la couture, mais bien dans la continuité de l'étoffe.

La violence de cet accès augmentant, le président dut ordonner la sortie de l'accusé, qui se leva aussitôt et s'éloigna en prononçant ces mots : « Condamnez-moi, cela m'est égal, faites de moi ce que vous voudrez. » Puis on l'entendit de l'extérieur vociférer et chanter la *Marseillaise* et l'air des *Girondins*.

Quelque violent que fût ce paroxysme, il fut facile de voir qu'il ne trompa personne dans l'assistance; car, au lieu du sentiment de pitié qu'il n'eût pas manqué de provoquer s'il avait été réel, il n'excita qu'une hilarité à peu près générale.

M. l'avocat général, prenant la parole juste au moment où J... s'éloignait en disant : Condamnez-moi..., s'empara de cette phrase et commença à peu près ainsi son réquisitoire :

« Messieurs les jurés, si après les affirmations de la science, il pouvait rester quelque doute dans vos esprits, ce doute disparaîtrait devant ces mots : condamnez-moi ! par lesquels l'accusé vient de se démasquer encore une fois et qui trahissent sa préoccupation dominante, celle de sa condamnation. Du reste, la lumière me paraît assez complète pour que je ne croie pas avoir besoin de m'étendre dans mon réquisitoire sur la démonstration d'un fait qui ne frappe pas moins vos yeux que les miens. »

M. l'avocat général dit, en terminant, quelques mots du dossier judiciaire de J..., dossier dans lequel il releva quatre condamnations, dont deux d'une date postérieure aux premières séquestrations de cet individu dans des asiles ; ce qui prouve, dit l'organe du ministère public, que l'antécédent de ces séquestrations n'a pas exercé la moindre influence sur l'esprit des juges.

Malgré les efforts de la défense, qui exploita vainement, au profit des preuves de l'aliénation véritable, les présomptions tirées du fait de la séquestration de J... dans plusieurs asiles ; malgré ces efforts, dis-je, et malgré la scène de folie jouée par cet individu pendant l'audience, la Cour, sur la déclaration du jury et après un résumé des plus lucides du président, condamna J... à cinq ans de réclusion.

SUITE DE L'AFFAIRE.

Ainsi que j'en avais exprimé la prévision dans mon rapport, J... a continué, après sa condamnation, à simuler l'aliénation mentale dans la prison d'Angers, d'abord, puis dans la maison centrale où il a été transféré. Les manifestations de folie dans ce dernier établissement devinrent telles même, en un certain moment, que, sur un certificat de médecin concluant au placement dans un asile d'aliénés de J..., « âgé de vingt-neuf ans, *sujet vigoureux, au teint coloré, au regard fixe et farouche, ne pouvant se plier à la discipline, et, à la moindre cause qu'il croit irritante, menaçant de tout briser et de tuer gardien ou quiconque tenterait de s'opposer à lui dans les accès de folie furieuse dont il a fait preuve jusqu'ici,* » le transfèrement du dénommé à l'asile de Sainte-Gemmes fut ordonné par arrêté en date du 1^{er} juin 1867, et fut effectué le 11 du même mois.

Mais, sur les conclusions du rapport dont suit un extrait, la réintégration de J... à la maison centrale eut lieu le 21.

Je dois ajouter qu'un autre détenu de la même prison, transféré à l'asile de Sainte-Gemmes le même jour que J..., et dont l'état mental nous avait paru tout d'abord suspect, nous a avoué depuis qu'il avait, lui aussi, simulé la folie à l'instigation du dénommé et, sur cette assurance que l'évasion, dans les asiles, était bien plus facile que dans les prisons.

J... avait ajouté que, pour se faire considérer comme fou, il suffisait de parler seul, et de feindre des accès d'emportement et de violence.

Après une observation un peu plus prolongée que pour J..., la réintégration de ce deuxième simulateur à la maison centrale fut opérée le 12 octobre 1867.

RAPPORT A M. LE PRÉFET DE MAINE-ET-LOIRE, SUR LE
DÉTENU J..., TRANSFÉRÉ DE LA MAISON CENTRALE DE...
A L'ASILE DE SAINTE-GEMMES, LE 11 JUIN 1867.

Monsieur le Préfet,

Bien que mon opinion fût d'avance parfaitement fixée sur l'état mental du détenu J..., entré à l'asile le 11 juin 1867, en vertu de votre arrêté du 1^{er} juin 1867, comme il se pouvait, après tout, que cet individu fût devenu réellement aliéné depuis ma première expertise, ainsi que cela arrive quelquefois aux simulateurs, j'ai dû le soumettre à un nouvel examen depuis son admission, avant de me prononcer encore une fois.

Or, il résulte de cet examen que le dénommé *n'est pas plus aliéné qu'il ne l'était* au moment où, jetant le masque à la prison d'Angers, où je l'ai longuement examiné, il m'a fait l'aveu de sa simulation, ainsi que je l'ai déclaré dans mon rapport médico-légal adressé au parquet.

Cette simulation, d'ailleurs, était tellement évidente qu'elle n'avait pu tromper mes internes eux-mêmes et, qu'à plus forte raison, elle avait frappé les médecins expérimentés et compé-

tents qui ont eu occasion de voir avec moi le simulateur, et, en particulier, M. le docteur Rousselin, inspecteur général du service des aliénés, et M. le docteur Petit, médecin en chef de l'asile de Nantes, pendant une visite de la prison et autant qu'ils en ont pu juger par une rapide impression.

Il est vrai qu'après avoir jeté le masque vis-à-vis de moi, J... l'a repris aussitôt pour le garder vis-à-vis du médecin de la prison et de ses gardiens pendant toute la durée du séjour qu'il y a fait même après sa condamnation, de telle sorte que pendant tout ce temps *il a joué un double rôle : celui de la raison vis-à-vis de moi et des personnes qui m'accompagnaient et celui de la folie vis-à-vis des employés de la prison.*

Mais il est évident que ce double jeu, de la part de l'inculpé, constituait un argument de plus en faveur d'une simulation qui ne pouvait plus laisser le moindre doute, d'après les aveux renouvelés de J..., et d'après son attitude vis-à-vis de moi.

Recherchant l'explication de ce système, il ne m'a pas été difficile de la trouver ; J... a pu espérer que le médecin de la prison ne partagerait pas mon opinion ; que, dans ce cas, son témoignage serait peut-être opposé au mien, et que la divergence, en tout cas, soulèverait au moins quelque doute qui, habilement exploité par son avocat, lui vaudrait peut-être un acquittement.

Cet espoir ayant été déçu, J... a dû en concevoir un autre après sa condamnation ; c'est celui que le médecin de la maison centrale fût dupe de son stratagème de folie simulée et qu'il obtînt, par suite, son transfèrement dans un asile d'aliénés, d'où, il le savait par expérience, les évasions sont plus faciles. Il lui est échappé, pendant son trajet d'Angers à Sainte-Gemmes, une parole qui semble prouver que tel était bien son système. Un des gendarmes qui l'ont amené et qu'il a parfaitement reconnu pour être un de ceux qui se trouvaient auprès de lui pendant l'audience des assises, ce gendarme lui ayant dit qu'il le conduisait à Sainte-Gemmes, il répondit : « *Je m'y*

attendais. » Il ne lui avait pas, d'ailleurs, semblé qu'il dût se composer un rôle vis-à-vis de ces mêmes gendarmes, car il ne leur parut pas, m'a-t-il été assuré, le moins du monde aliéné.

Après son arrivée à Sainte-Gemmés, il reconnut parfaitement M. le docteur Faucher et l'interne qui l'accompagnait dans une visite du quartier et leur fit ce raisonnement : « *Je suis fou ou je ne le suis pas : si je suis fou, il ne fallait pas me condamner.* » Il prétend, d'ailleurs, qu'il n'a été conduit à frapper un autre détenu qu'après y avoir été provoqué par les menaces de ce dernier, lequel était, assure-t-il, un épileptique d'un caractère très-violent.

Après avoir observé et fait observer, enfin, le détenu J..., je l'ai retrouvé tel que je l'avais vu dans toutes mes visites à la prison, depuis l'aveu de sa simulation, c'est-à-dire parfaitement lucide et conscient de ses actes et, par suite, nullement aliéné. Le dénommé avait sans doute espéré qu'il serait conduit dans un autre asile que celui de Sainte-Gemmes, où il ne pouvait songer à reprendre le rôle de la simulation, après l'expertise dont il avait été l'objet de ma part et surtout après les aveux qu'il m'avait faits. Il pensait, dans tous les cas, que le régime devant y être moins coercitif que celui de la maison centrale, il aurait plus de chance de s'en échapper. Il était d'ailleurs naturel de croire que la coercition serait d'autant moins rigoureuse et que les chances de fuite seraient, par suite, d'autant plus grandes qu'il se montrerait plus lucide, plus docile et plus inoffensif.

Il résulte, enfin, de ma nouvelle observation qui n'avait nul besoin d'être prolongée, après l'étude antérieure à laquelle je m'étais livré, que la situation mentale est absolument la même que celle que j'ai exposée dans mon premier rapport.

Aujourd'hui, comme à la date de ce rapport, je conclus que le détenu J... est un homme d'un caractère violent, emporté,

disputeur (1), qui s'anime et s'exalte avec la plus grande facilité en parlant, pour peu surtout qu'on le contredise et dont la parole, dans ces conditions, devient facilement prolixe et diffuse, mais qu'à coup sûr ce n'est pas un aliéné.

Ce rapport était à peine terminé, que J..., se voyant l'objet d'une surveillance tellement exceptionnelle qu'elle ne lui laissait aucune chance de s'évader, et reconnaissant, à la vue du surcroît de précautions prises à son endroit, qu'il avait plutôt perdu que gagné à être transféré de la maison de.... à l'asile de Sainte-Gemmes, se décida, non-seulement à me renouveler les aveux qu'il m'avait déjà faits, mais encore à en faire l'objet de la déclaration écrite ci-après :

DÉCLARATION DE J...

« Je, soussigné, déclare n'avoir jamais été aliéné J'ai simulé
 » saite malade dans l'espoir d'aitre derigé sur une maison de
 » santé lou j'esperai pouvoire mevader plus fasilement, mais
 » voyant mai ruses unhuile et comperantes parfaiteman que
 » jene peu maître mon projet à esécution j'aime mieu jte le
 » le masque de peur de venire vraiment fou J'aime mieu re-
 » tourne à la Maison centrale ou je tacherait par ma conduite
 » d'aporte un un adoucissement à ma paine cait librement et
 » san pression que je fai cète déclaration.»

Je déclare, pour ce qui me concerne, qu'en dehors d'une coercition en cellule, que les besoins de l'expertise ainsi que les craintes d'évasion ne rendaient que trop nécessaire, il n'a été

(1) J'aurais dû ajouter : enclin à la soliloquie, en observant que cette habitude, que J... déclare avoir toujours eue et qui redouble chez lui sous l'influence de la moindre impression, ne se lie nullement dans ce cas particulier à des hallucinations. Chez J... comme chez nombre de personnes saines d'esprit, la soliloquie n'est que le fait de penser tout haut.

administré à J... aucune douche, ni employé à son égard aucun moyen de contrainte qui ait pu donner à sa déclaration un caractère forcé.

Cette déclaration avait été précédée de réflexions qui ne pouvaient guère laisser de doutes sur le travail qui commençait à s'opérer dans son esprit.

Ces réflexions, en effet, étaient toutes relatives à la déception qu'il avait éprouvée en arrivant à Sainte-Gemmes.

« Oh ! l'entendit-on, à travers la porte, s'écrier : si j'avais »
 » su, je serais resté à »

Je saisis moi-même en l'écoutant, à son insu, les paroles suivantes : « Oh ! les médecins, lorsque je les vois entrer dans »
 » ma cellule !... »

Puis, par une réminiscence des rapports que j'ai eus avec lui à la prison, « Pourquoi ai-je fait le fou ? pourquoi n'ai-je pas suivi les conseils de M. le directeur de Sainte-Gemmes ? »

Semblant ensuite se raviser, il dit : *Si je ne m'étais pas trahi en parlant à M. le directeur de Sainte-Gemmes, on m'aurait mis avec les fous et j'aurais pu me sauver.*

Dans une conversation que je viens d'avoir avec lui, en présence d'un interne et du surveillant des services, il m'a renouvelé ses aveux dans des termes qui ne pouvaient laisser aucun doute sur la parfaite intégrité de ses facultés intellectuelles. Il me fit même une réflexion que je crois devoir relever, car elle confirme pleinement les données de la science sur la fatigue du rôle de simulateur de folie et sur les dangers que sa continuation peut faire courir à sa raison. Lui ayant parlé de cette fatigue et de ces dangers, je terminai en disant :

« Si je suis étonné d'une chose, c'est que vous ne soyez pas devenu réellement fou. » « Cela m'étonne aussi, me dit-il, sur un ton profondément convaincu. »

Appelé à s'expliquer sur ses emportements, il me dit : « Mais c'est dans ma nature, j'ai le sang très-vif. »

Lui ayant enfin, entre autres questions, adressé celle-ci :

Pourquoi, après les aveux que vous m'avez faits et contrairement à mes conseils, avez-vous continué à faire le fou à la prison d'Angers, avant et pendant l'audience des assises ? « *C'est mon avocat qui me l'a conseillé, »* me répondit-il ; « *mais je sais qu'il m'a mis dedans. »*

Pour l'honneur du corps, et quelle que soit la latitude accordée à la défense, dans l'emploi de ses moyens, je ne puis que laisser à J... la responsabilité de cette assertion.

Jusqu'au jour de sa sortie, il a continué à être lucide, raisonnable et parfaitement conscient de ses actes.

ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS.

DES

PLACEMENTS VOLONTAIRES DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS

ÉTUDE SUR LES LÉGISLATIONS FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRES (1)

MÉMOIRE LU AU CONGRÈS ALIÉNISTE INTERNATIONAL DANS LA SÉANCE
DU 10 AOÛT 1867

PAR

Le docteur L. LUNIER,

Inspecteur général du service des aliénés.

Messieurs,

Parmi les questions que la Société médico-psychologique a inscrites à l'ordre du jour des séances extraordinaires auxquelles elle a convié les médecins aliénistes de tous les pays, il en est une dont je me suis plus particulièrement occupé dans ces derniers temps, et dont je vous demanderai la permission de vous entretenir, dans l'espoir surtout que les courtes observations que je vais vous présenter provoqueront de la part de nos confrères de l'étranger des communications intéressantes sur une question que je considère comme l'une des plus importantes qu'il nous soit donné d'examiner en commun. Je veux parler de la *législation et des modes d'assistance applicables aux aliénés dans les différents pays.*

Je ne puis, messieurs, avoir l'intention, je ne dirai pas de traiter, mais seulement d'effleurer toutes les questions impor-

(1) Extrait d'un ouvrage *Sur les législations française et étrangères concernant les aliénés.*

tantes qui se rattachent aux lois sur les aliénés dans les divers pays et aux modes d'assistance qui leur sont applicables : j'ai entre les mains les éléments de ce long travail, dont je ne détacherai aujourd'hui qu'un fragment que j'intitulerai : *des placements volontaires*, ou mieux sous une forme moins concise, mais qui a l'avantage d'indiquer à la fois toute la portée et les difficultés de la question :

La famille a-t-elle le droit et le devoir d'employer des moyens de contrainte et de séquestration à l'égard de l'un de ses membres déclaré aliéné, pour lui faire donner des soins et sauvegarder ses intérêts ?

Je n'entends point parler ici de l'aliéné réputé dangereux pour l'ordre public ou la sûreté des personnes; la société a toujours été armée contre les malades de cette catégorie, et personne, que je sache, ne lui a dénié sérieusement le droit de prendre à leur égard des mesures de précaution. On a même, à certaines époques, vous le savez, abusé étrangement de ce droit, tantôt en considérant l'aliéné comme un possédé et en le condamnant au bûcher, tantôt, dans des temps plus rapprochés de nous, en l'assimilant aux bêtes féroces.

Mais, depuis que, grâce aux efforts des médecins de la fin du siècle dernier et des premières années du XIX^e, l'aliéné, réhabilité pour ainsi dire dans l'opinion publique, a été élevé à la dignité de malade, la société, en usant du *droit* de le séquestrer comme dangereux, a compris qu'elle avait en même temps le *devoir* de chercher à le guérir. C'est ainsi, messieurs, que presque partout aujourd'hui, l'aliéné dangereux, au lieu d'être comme autrefois jeté brutalement dans un cachot, est placé dans un hôpital, ou mieux dans un asile, pour me servir de l'expression consacrée, et là, soumis comme tous les autres malades à un traitement approprié à son état de santé.

Je serais bien tenté de vous dire les progrès incessants qu'ont faits à cet égard les divers peuples, mais je ne veux pas oublier

que j'ai promis d'être court et de ne traiter aujourd'hui qu'un point bien déterminé.

Les établissements d'aliénés, dont la plupart n'étaient d'abord que des maisons de force, des renfermeries, devinrent donc plus tard des maisons de santé.

Bien que dès le XVIII^e siècle et même la seconde moitié du XVII^e, quelques-uns des plus anciens asiles aient eu déjà, jusqu'à un certain point, ce caractère, il n'en est pas moins certain, qu'en Europe du moins, où j'ai pu étudier la question de près, c'est surtout depuis le commencement du XIX^e siècle que les établissements d'aliénés sont devenus des maisons de traitement.

Mais l'adoption à l'égard des aliénés de mesures plus dignes des progrès de l'esprit humain, a produit un double résultat qu'on eût pu prévoir, mais qu'en réalité on ne semble point avoir prévu.

En plaçant les aliénés dans de meilleures conditions d'hygiène, et en les soumettant à un traitement rationnel, on a diminué la mortalité; et comme dans le principe les guérisons étaient rares, parce que les séquestrations étaient presque toujours tardives, le chiffre des assistés a rapidement augmenté; et puis, aux aliénés réellement dangereux, arrêtés comme tels par mesure de police, est bientôt venue se joindre une autre catégorie de malades, les infirmes de l'intelligence, dont les hospices ordinaires surchargés, ont trouvé bon de se débarrasser en faveur de ces nouveaux établissements largement ouverts à tous les malheureux privés de raison, qui devaient y trouver, il faut le dire, des conditions matérielles et des soins plus appropriés à leur état.

Une troisième cause plus complexe, conséquence fâcheuse, mais à peu près inévitable, des progrès de la civilisation, est venue augmenter encore la population des asiles: je veux dire le relâchement des liens de famille, ou mieux peut-être, les nécessités impérieuses de la vie qui ne permettent pas toujours aux

mieux intentionnés de consacrer leur temps à la surveillance d'un idiot ou d'un dément, qu'ils cherchent dès lors à faire admettre dans un asile.

C'est ainsi, messieurs, que les maisons de traitement, qui avaient remplacé les maisons de force et renfermeries, ont subi progressivement à leur tour une transformation d'un autre genre et sont devenues en même temps des *maisons de refuge*. En France, nos asiles ont presque tous aujourd'hui ce double caractère. Dans une partie de l'Allemagne et de la Suisse et dans les Pays-Bas, on a cru devoir séparer les aliénés en traitement des incurables et des infirmes ; mais le résultat n'en a pas moins été partout le même, celui d'augmenter dans une énorme proportion le nombre des malades entretenus dans les asiles d'aliénés.

Enfin, messieurs, et ici j'entre dans la question spéciale que je veux aujourd'hui étudier avec vous, la création des maisons de traitement et bientôt le renvoi dans leur famille, guéris de leur affection mentale, d'aliénés que naguère on considérait comme à jamais perdus, ont eu pour effet de changer l'opinion à leur égard, et de les faire considérer désormais comme des malades que l'on pouvait souvent guérir et presque toujours améliorer. De là le placement dans les asiles privés, puis bientôt dans les asiles publics, d'aliénés que l'on n'eût point fait arrêter comme dangereux, mais que la famille faisait admettre dans une maison de traitement, d'abord dans l'espoir d'une guérison, puis, un peu plus tard, dans le but fort légitime, d'ailleurs, de se soustraire à des dangers, à des inquiétudes, à des angoisses, que nous connaissons tous, mais que ne connaissent point assez ceux qui critiquent ces séquestrations en apparence abusives, mais que l'étude impartiale des faits ne motive que trop aux yeux de tous les hommes de sens.

Quoi qu'il en soit, messieurs, la création de ces nombreux établissements destinés à recevoir les aliénés curables et incurables, dangereux et non dangereux, devait forcément amener

l'adoption de mesures propres à régulariser les admissions, à éviter les abus, et surtout à empêcher que, sous prétexte de folie, on ne séquestrât indûment des personnes en pleine jouissance de leur raison. Aussi presque partout où se sont élevées des maisons de traitement pour les aliénés, a-t-on songé à instituer des lois ou règlements destinés à sauvegarder à la fois la liberté individuelle et les intérêts de ceux dont la séquestration avait été reconnue nécessaire. Dans plusieurs pays, notamment dans presque toute l'Allemagne, dans la plupart des cantons suisses, en Danemark, en Russie, en Turquie, en Grèce, en Italie, en Espagne, en Portugal, on s'est contenté jusqu'ici de simples *règlements* applicables à un ou plusieurs établissements; mais d'autres, tels que la France, les cantons de Genève, de Neuchâtel et de Vaud, les Pays-Bas, le grand duché de Bade, l'Angleterre, la Norvège, la Belgique et la Suède, ont adopté des lois spéciales concernant les aliénés, des *lois d'exception*, qu'il ne faut pas confondre avec les lois civiles et criminelles générales, dont certains articles, dans tous les pays et à toutes les époques de l'histoire, sont applicables aux en tant qu'incapables ou irresponsables de leurs actes.

J'examinerai donc comment a été envisagée, dans les divers pays, la question de *placements volontaires*, en commençant par ceux qui sont en possession d'une loi d'exception sur les aliénés, et en suivant à peu près l'ordre chronologique.

LOI FRANÇAISE.

Le droit des parents d'intervenir et d'agir d'autorité à l'égard d'une personne atteinte de démence paraît avoir été admis dès la plus haute antiquité. Il est inscrit dans la loi romaine (1), qui reconnaît expressément la puissance de la famille sur les biens

(1) Ou plus exactement dans la loi des Douze Tables, qui paraît elle-même avoir été empruntée, en partie du moins, aux lois grecques de Solon.

et la personne de celui qui commence à donner des signes de folie, — *Si furiosus esse incipit, agnatorum gentiliumque in eo pecuniaque ejus potestas esto.*

La législation française antérieure à 1790 est à peu près muette sur la question qui nous occupe : nous ne voyons partout que mesures de police prises contre les fous dangereux. Mais le droit des parents, tel que le définit la loi romaine, paraît admis sans conteste, et de tous les auteurs anciens et modernes qui parlent des aliénés, pas un, je le répète, ne met sérieusement en doute le droit et le devoir de la famille de faire traiter, *malgré lui*, un de ses membres atteint d'aliénation mentale.

Colombier, qui, dans son instruction de 1785, publiée par les soins du gouvernement, insiste, à plusieurs reprises, sur la nécessité d'isoler et de maintenir les aliénés soit dans leur famille, soit dans des maisons de santé, ne paraît pas même supposer que cette séquestration puisse constituer un abus d'autorité de la part des parents.

La loi des 16-24 mars 1790, dont le but principal était évidemment de protéger la liberté individuelle, établit en principe le droit de retenir les aliénés, non plus comme autrefois dans des lieux de détention, mais dans des hôpitaux qui seront indiqués à cet effet. Seulement elle ne dit pas à qui appartiendra ce droit, quand il s'agit d'un individu majeur, non marié.

La loi des 16-24 août suivant, et mieux encore celle des 19-22 juillet 1791, bien que simples lois de police, sont plus explicites à cet égard. En rendant les parents responsables des « événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés et les furieux laissés en liberté », elles leur donnent implicitement le droit de les retenir, par contrainte et par force, au même titre que « les animaux malfaisants ou féroces », auxquels les lois de l'époque assimilent encore les aliénés.

L'article 603 du Code du 3 brumaire an IV reproduit à peu près les mêmes dispositions que les lois dont je viens de parler.

Les articles 615 et suivants du Code d'instruction criminelle, promulgué le 27 novembre 1808, en établissant sans restriction que celui qui détient une personne « dans un lieu qui n'a pas été destiné à servir de maison d'arrêt, de justice ou de prison », commet un acte de détention arbitraire, ôtent définitivement à la famille le droit plus ou moins implicitement reconnu jusqu'ici de retenir par contrainte et *malgré lui* un de ses membres atteint d'aliénation mentale.

Or, nous savons tous que ce qui caractérise avant tout l'aliéné, c'est de n'avoir pas conscience de sa maladie, au moins dans l'immense majorité des cas, et de se refuser à tous moyens de traitement ayant pour but de l'en guérir.

Les parents cependant avaient une ressource, l'interdiction : c'est à cette condition seulement qu'ils pouvaient désormais s'occuper de l'aliéné majeur, ou du moins de ses biens, car la loi ne dit même pas s'ils auront aussi le droit de lui faire donner, malgré lui, les soins nécessités par son état de santé.

Je ne veux point parler ici de l'interdiction préalable, question trop importante par elle-même pour devenir l'objet d'un incident ; qu'il me suffise de vous rappeler le texte de l'article 489 du Code Napoléon :

Art. 489. « Le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides. »

La famille n'est donc admise à poursuivre l'interdiction, ou tout au moins, ne peut guère espérer l'obtenir, que lorsque la maladie mentale est déjà ancienne, c'est-à-dire lorsque les chances de guérison ont à peu près disparu.

Nous avons donc, sous ce rapport, fait un pas en arrière. La loi, en voulant protéger la liberté individuelle, avait pour ainsi dire condamné l'aliéné à l'incurabilité : il n'avait qu'une chance d'être sauvé, c'était qu'il fût notoirement dangereux pour l'ordre ou la sécurité publiques.

Et cependant, messieurs, tant le bon sens a de force, même

contre la loi, les familles ne cessèrent point d'user de ce droit, inscrit dans la loi romaine, de veiller sur ceux de leurs membres qui étaient frappés d'aliénation mentale, et que les lois de police, que nous avons citées, avaient formellement mis *sous leur garde*.

Quoi qu'il en soit, et bien que déjà le nombre des aliénés séquestrés sur la demande des familles et sans interdiction préalable, soit dans les maisons de santé, soit dans les quartiers d'hospice, fût relativement considérable, je n'ai pas vu, dans les nombreux documents que j'ai eus sous les yeux, signaler avec preuves à l'appui un seul cas de séquestration ou de détention arbitraire reposant sur un état d'aliénation mentale supposé.

Il ne faudrait pas croire, cependant, messieurs, qu'on ne se préoccupât point de la possibilité de ces séquestrations arbitraires : lisez la circulaire de M. Portalis, alors ministre de l'intérieur, en date du 30 fructidor an XII, vous y verrez des recommandations très-précises à cet égard : il y est dit notamment que la famille ou l'autorité municipale doivent veiller sur les insensés, que les furieux doivent être mis en lieu de sûreté, mais qu'ils *ne peuvent être détenus qu'en vertu d'un jugement*.

En présence de ces contradictions entre les prescriptions de la loi et la pratique journalière imposée par la force des choses, une loi nouvelle et spéciale était nécessaire, et cette loi devait être une *loi d'exception*, c'est-à-dire une loi qui posât en principe que l'aliéné ne devait pas plus avoir la *liberté* de ses actes qu'il n'en avait la responsabilité, et que la constatation de son état de folie incombait à celui qui seul pouvait en connaître, c'est-à-dire au médecin.

C'est cet immense progrès, messieurs, qu'a réalisé en France la loi du 30 juin de 1838, et notamment l'article 8 si énergiquement combattu avant d'être adopté, si souvent attaqué depuis, et qui dit que, pour faire admettre une personne dans un asile d'aliénés, il faut produire :

1° Une demande d'admission formée par un parent ou même simplement une personne ayant des relations avec l'aliéné ;

2° Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer et indiquant la nécessité de la faire traiter dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée.

Voilà donc l'autorité de la famille sur la personne de l'aliéné, *potestas in eo*, bien et duement rétablie après dix-huit siècles d'indécision et d'arbitraire; et pour lui donner les moyens de s'exercer efficacement, mais aussi pour rendre le contrôle plus facile, la loi rend obligatoire, pour les départements, la création d'établissements d'aliénés, auxquels elle impose aussi bien, d'ailleurs, qu'aux maisons privées, des conditions spéciales qui rendent les abus et les illégalités tout au moins bien difficiles.

Vous connaissez, d'ailleurs, messieurs, toutes les phases par lesquelles est passé, avant d'être adopté, cet article 8, si sage et si prévoyant.

Dans le premier projet, celui de M. de Gasparin, du 6 janvier 1837, le placement d'un aliéné ne pouvait avoir lieu qu'avec l'autorisation du préfet, assisté d'une commission *ad hoc*.

M. Vivien, rapporteur de la commission de la chambre, fit sagement ressortir les inconvénients de cette obligation de recourir à l'autorisation préfectorale, et notamment celui de retarder l'internement d'aliénés curables et par cela même de compromettre leur guérison : cette obligation ne fut pas maintenue.

Tout récemment, cependant, dans un rapport remarquable que vous connaissez tous, M. le sénateur Suin a demandé que, sans modifier la loi, ce qui, d'ailleurs, me paraît assez difficile dans l'état actuel des choses, l'on exigeât, en sus du certificat médical, l'intervention du juge de paix qui *procéderait à un interrogatoire* (1). J'ai dit ailleurs (2) combien cet interroga-

(1) *Rapport au Sénat*, p. 126.

(2) Voyez *Annales médico-psychologiques*, 1867, t. X, p. 34.

toire pourrait avoir parfois d'inconvénients : je ne sais ce qui ressortira de la discussion qui s'engagera probablement à ce sujet au sénat français (1) ; mais j'ose espérer que cette obligation de faire préalablement *interroger* par le juge de paix la personne à interner ne sera pas adoptée.

M. Suin, du reste, avait lui-même moins demandé d'abord : je lis, en effet, à la page 49 de son rapport : « Pourquoi ne pas dire que dans tous les cas, la déclaration sera faite au maire, qui recevra la demande d'admission et en donnera acte. » Et un peu plus bas : « Il suffirait peut-être de dire que, sur la demande d'admission écrite, signée par le requérant, et présentée par lui au juge paix, ce magistrat mentionnera le serment que le médecin appelé à donner le certificat prêtera devant lui. »

Cette disposition que nous retrouverons autrement formulée, dans les lois de Neuchâtel, de Vaud et des Pays-Bas, serait, je crois, suffisante et devrait, ce me semble, satisfaire les plus exigeants.

L'article 8 de la loi française contient une disposition fort sage, inscrite également, d'ailleurs, dans les lois des Pays-Bas, de l'Angleterre, de la Belgique et de la Suède, nous voulons parler de la faculté donnée à une personne étrangère à la famille d'agir, au besoin, à l'égard d'un aliéné, comme pourrait le faire la famille elle-même.

Cette disposition, avant d'être adoptée, fut vivement combattue dans les chambres françaises en 1837 ; mais après une discussion approfondie, ceux mêmes qui l'avaient le plus attaquée, finirent par l'adopter.

C'est qu'en effet, s'il en était autrement, qu'advierait-il quand la famille est absente et que l'isolement est urgent ! Les parents, d'ailleurs, ne l'oublions pas, sont immédiatement prévenus et peuvent, en vertu de l'article 14 de la loi de 1838,

(1) Ceci était écrit au mois d'août 1867.

retirer le malade, à moins qu'il ne puisse compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes (art. 24).

Je ne parlerai point, messieurs, des garanties de toutes sortes inscrites dans la loi française, notamment aux articles 4, 9, 10, 14, 16 et 29; j'ai hâte d'arriver aux lois étrangères et d'examiner avec vous comment a été envisagée, dans les différents pays, la question des placements volontaires.

LOI DE GENÈVE

(5 février 1838).

La loi de Genève a été promulguée le 5 février 1838, c'est-à-dire quelques mois avant la loi française; mais il suffit de se reporter à ce qui s'est passé en France, à cet égard, en 1836, 1837 et au commencement de 1838, et de comparer la loi de Genève au projet de M. de Gasparin, présenté aux chambres françaises le 6 janvier 1837, et, pour la seconde partie, au rapport de M. Vivien, en date du 18 mars de la même année, pour acquérir la conviction que les auteurs de la loi de Genève se sont inspirés de la nôtre et que nos législateurs ne lui ont rien emprunté, ce que cependant ils eussent pu faire utilement pour quelques points secondaires.

La loi de Genève admet des *établissements publics* et des *établissements privés*, des *placements d'office* et des *placements volontaires*.

Les premiers sont *ordonnés*, les autres *autorisés*, ou plutôt *accordés par le lieutenant de police*, fonctionnaire qui tient à la fois du magistrat et de l'administrateur.

L'autorisation, c'est-à-dire le *placement volontaire*, n'est accordée que sur la demande des parents ou du conjoint de l'aliéné. Une personne étrangère à la famille n'est pas admise à faire cette demande; elle ne peut que provoquer un placement d'office. J'ai déjà dit combien cette restriction me paraissait offrir d'inconvénients.

Mais ce n'est pas là ce qui m'a frappé le plus dans la loi de Genève, mais bien plutôt cette disposition en vertu de laquelle, pour faire interner une personne dans un asile, on peut toujours se passer d'un certificat de médecin. Il suffit pour que l'autorisation de placement puisse être accordée, que la personne prétendue aliénée ait été vue par le lieutenant de police ou par un auditeur délégué à cet effet, ou par le maire de la commune (art. 3). Vous penserez comme moi, messieurs, j'en suis convaincu, que le certificat d'un médecin offre dans l'espèce de plus sérieuses garanties que cet examen *de visu* fait par une personne étrangère le plus souvent à l'art de guérir.

Ce n'est, d'ailleurs, que dans la loi de Genève que j'ai trouvé inscrite cette singulière latitude : il se fait bien quelque chose d'analogue en d'autres pays, mais au moins ceux-ci n'ont point encore de loi spéciale sur la matière.

Je relèverai dans la loi de Genève une autre disposition qui se rapporte à la question des placements volontaires ; mais à celle-là je donne ma complète approbation.

La loi de Genève considère « comme établissement privé tout domicile où l'aliéné est retenu par contrainte et soigné, même seul, par une personne qui n'appartient pas à sa famille » (art. 1).

Cette disposition, que nous retrouverons, sauf quelques légères différences de rédaction, dans les lois des Pays-Bas, de Neuchâtel, de la Norvège et de la Belgique, me paraît avoir une importance pratique qui n'échappera certainement point à ceux d'entre nous qui ont été à même d'apprécier directement ou indirectement les inconvénients qui résultent de l'admission sans contrôle et sans conditions de surveillance d'aucune sorte, de personnes réputées aliénées, dans des maisons non autorisées, dont le hasard seul le plus souvent nous révèle l'existence, mais qui ne tarderaient pas à se multiplier de toutes parts, si l'on n'en finit une bonne fois avec ces accusations injustes et inconsidérées contre les asiles publics et privés.

LOI DES PAYS-BAS

(29 mai 1844).

Cette loi contient quelques dispositions qui méritent de fixer particulièrement notre attention.

Le premier article dit expressément que « cette loi est consacrée aux aliénés qui ne jouissent pas de leur libre arbitre ou qui ne le possèdent que partiellement ».

Je ne connais pas d'autre loi qui tranche ainsi catégoriquement une question sur laquelle les aliénistes eux-mêmes sont loin d'être d'accord ; mais je ne veux pas raviver une discussion à peine terminée, et je passe outre.

La loi des Pays-Bas dit qu'on peut regarder « comme établissements spéciaux les maisons particulières qui reçoivent plusieurs aliénés étrangers à la famille (art. 2) ». Elle est donc un peu moins explicite à cet égard que la loi de Genève .

Elle distingue des *placements d'office* et des *placements volontaires*.

Pour ces derniers, la demande est adressée au président de l'arrondissement ; elle peut être formulée par un parent ou une personne exerçant une surveillance sur l'aliéné (art. 10).

Elle peut l'être également par l'aliéné lui-même s'il est majeur et non placé sous curatelle (art. 11).

Cette dernière disposition, que je n'ai rencontrée nulle part ailleurs, paraît au premier abord assez peu rationnelle. Mais ne l'oublions pas, la loi que nous analysons est applicable non-seulement aux aliénés, mais aussi aux semi-aliénés, c'est-à-dire à ceux qui ne possèdent que partiellement leur libre arbitre. Une personne qui conserve une partie de son libre arbitre peut en avoir suffisamment pour s'interner elle-même.

Je ne verrais pas, quant à moi, grand inconvénient, si cela ne me paraissait absolument contraire à la logique, à ce qu'un aliéné demandât lui-même son admission dans un

asile, et que cette demande fût considérée comme suffisante. En France, les directeurs d'asile auxquels de pareilles demandes sont adressées de temps, en temps, exigent toujours que la demande soit signée par un parent ou un ami : mais c'est là, dans l'espèce, une pure formalité ; et en y réfléchissant, je me demande pourquoi une personne qui sent que son état réclame son admission dans un asile, comme le prévoit implicitement la loi des Pays-Bas, n'y serait pas admise sur sa seule demande. Je sais bien qu'on pourrait user de ruse et faire signer une pièce de cette nature à une personne non aliénée ; mais à quoi cela mènerait-il, puisque la personne qui a demandé son placement peut par cela même réclamer sa sortie, auquel cas elle ne peut plus être maintenue que si elle est bien et dûment reconnue dangereuse pour l'ordre public ou la sûreté des personnes ?

La loi des Pays-Bas, d'ailleurs, exige d'autres formalités ; il faut :

1° Que la demande d'admission soit visée par le procureur du roi (art. 12) ;

2° Qu'elle soit accompagnée d'un certificat délivré par un médecin autre que celui de l'établissement.

Si ces pièces sont jugées suffisantes par le président de l'arrondissement, il est donné suite à la demande, mais seulement après que le ministère public a été prévenu.

Si le président fait opposition à l'autorisation, il en est référé au parquet qui statue.

Encore l'admission n'est-elle que provisoire, et faut-il, six semaines après, qu'une nouvelle demande soit adressée au conseil d'arrondissement, mais cette fois avec l'avis du médecin de l'établissement.

Je dois ajouter, en terminant, que, dans les Pays-Bas, il y a deux catégories bien distinctes d'établissements d'aliénés, les maisons de traitement et les maisons de refuge et de surveillance. Les formalités dont j'ai parlé plus haut ne concernent que les maisons de traitement.

LOI DE NEUCHÂTEL

(20 septembre 1843).

La loi de Neuchâtel a été promulguée cinq ans avant l'ouverture de l'établissement destiné à recevoir les aliénés du canton. Le conseil d'État, lorsqu'il en a arrêté les dispositions, avait surtout en vue le placement de ces malades dans des établissements situés en dehors de sa circonscription : aussi cette loi est-elle très-incomplète et permettait-elle, par exemple, qu'une personne domiciliée dans la principauté pût être, sans autorisation préalable et sans condition d'aucune sorte, placée et maintenue pendant trois mois dans un asile public ou privé d'aliénés.

C'était donc seulement avant l'expiration du troisième mois, qu'on était tenu de remplir les formalités exigées par la loi pour maintenir plus longtemps une personne dans un asile. A cet effet, il fallait adresser au conseil d'État une demande, accompagnée d'un certificat de médecin, libellé comme le prescrit l'article 8 de la loi française. Le conseil d'État pouvait, d'ailleurs, avant d'accorder l'autorisation demandée, faire visiter la personne prétendue aliénée par un ou plusieurs médecins.

J'ai déjà dit ce que je pensais de ces autorisations préalables.

Lors de l'ouverture de l'établissement de Préfargier, un règlement général, en date du 18 août 1848, arrêté par le conseil d'État, et que l'on peut considérer, jusqu'à un certain point, comme le complément de la loi du 20 septembre 1843, détermine notamment les conditions d'admission dans l'établissement.

Ces conditions consistent dans la production :

- 1° D'un certificat d'origine ;
- 2° D'une demande d'admission signée par les ayants droit,

soit membres les plus proches de la famille, soit tuteurs ou curateurs ;

3° D'un certificat de médecin, visé par le chef du district qu'habite le malade ;

4° Et, pour les étrangers au canton, d'une pièce émanant de l'autorité administrative ou judiciaire du pays d'origine de la personne à placer et attestant que ladite autorité a connaissance de la mesure prise à l'égard de cette personne, ainsi que de la déclaration du médecin et « qu'elle tient la séquestration pour régulière (1) ».

J'ai déjà dit, messieurs, combien cette dernière obligation, due à l'initiative de l'honorable directeur actuel de Préfargier, que je suis heureux de voir à notre réunion, me paraissait plus rationnelle et plus praticable que celle qui consisterait à faire *interroger* les malades par les juges de paix.

LOI DE BADE

(18 octobre 1843).

La loi de Bade, sur laquelle notre digne et vénérable collègue, M. Roller, a bien voulu, au mois de mars 1866, me donner de précieux éclaircissements, n'est, à proprement parler, qu'une ordonnance (statut d'Illenau).

Il n'y a dans le grand-duché de Bade que des asiles publics.

L'interdiction préalable n'est pas exigée pour l'admission dans les établissements d'aliénés.

En cas d'urgence, le directeur d'un asile peut, quand il s'agit d'une demande de placement adressée par la famille, admettre le malade à titre provisoire. Il faut seulement que l'urgence soit établie sur des faits certifiés par le médecin du district. Quant

(1) Il serait bien à désirer que dans tous les asiles d'Europe on exigeât toujours une pièce de cette nature avant d'admettre des aliénés étrangers.

aux admissions définitives, elles ne peuvent être prononcées que par l'autorité administrative locale, à laquelle les demandes d'admission sont adressées par les parents ou tuteurs, mais jamais par des étrangers.

Il faut joindre à cette demande :

1° Un certificat délivré par le conseil communal ou le pasteur, ce dernier agissant comme officier de l'état civil. Le conseil communal donne son avis sur l'état d'aliénation ;

2° Un certificat médical rédigé conformément à un modèle établi par l'administration.

Ces pièces sont adressées par l'autorité administrative, qui y joint son avis, au médecin-directeur de l'établissement, qui décide s'il y a lieu d'admettre ou de refuser le malade.

Ce qui caractérise la loi de Bade, en ce qui concerne les placements volontaires, c'est donc que la demande d'admission doit être adressée à l'autorité administrative du district qui la transmet, avec son avis, à la direction de l'asile ; tandis qu'en France, c'est à cette dernière qu'elle est remise par la famille. Mais, en définitive, c'est à la direction de l'asile qu'il appartient de décider s'il y a lieu ou non d'admettre le malade, et en cas d'urgence, le médecin-directeur peut recevoir provisoirement un aliéné sans que l'administration intervienne.

LOI ANGLAISE

(4 août 1845).

La loi anglaise est assurément la plus compliquée de toutes les lois sur la matière : j'avoue même, qu'après en avoir lu attentivement toutes les dispositions, j'aurais été fort empêché d'en bien saisir toute la portée sans l'extrême obligeance de notre distingué confrère, le docteur J.-Ch. Bucknill, l'un des inspecteurs généraux du service des aliénés en Angleterre, présent à notre réunion, qui a bien voulu me donner des éclaircissements sur un certain nombre de points.



DES PLACEMENTS VOLONTAIRES

Ce qui caractérise pour nous et d'ailleurs pour les Anglais eux-mêmes, la principale difficulté dans l'espèce, c'est qu'une loi nouvelle n'abroge point celles qui l'ont précédée, qu'elle en annule seulement quelques dispositions, et cela encore dans certains cas difficiles à déterminer, et qui peuvent être interprétés d'une façon différente, selon les circonstances et les personnes.

Et puis, l'organisation administrative et judiciaire en Angleterre diffère essentiellement de la nôtre. L'autorité y est à peu près exclusivement exercée par de grands propriétaires, fonctionnaires non rétribués, nommés à vie par la reine, et auxquels, sous le nom de *Justices of the peace*, incombe le soin de faire ce que font en France les préfets, les juges de paix, les maires, etc.

Ceci posé, et sans me préoccuper autrement des lois anciennes, dont quelques-unes remontent jusqu'à 1548, mais qui, en définitive, ont été à peu près abrogées par celle de 1828, je prendrai dans les lois du 4 août 1845, 20 août 1853 et 7 août 1862, ce qui concerne la question spéciale qui nous occupe.

Il y a en Angleterre trois catégories d'asiles d'aliénés (1) :

1° Les *asiles de comtés* (*County and Borough Asylums*), qui ne reçoivent que des indigents et exceptionnellement des vagabonds ou des aliénés abandonnés par leur famille, et dont la pension est payée par les soins des *Justice of the peace* ;

2° Les *hopitaux autorisés* (*registered hospitals*), qui reçoivent des aliénés au compte des familles, et exceptionnellement des indigents, du moins dans les provinces ;

3° Les *maisons de santé* (*licensed House*) où l'on admet presque exclusivement des pensionnaires au compte des familles.

Il y a également trois catégories d'aliénés qui ne correspon-

(1) Je ne parle ici que de l'Angleterre proprement dite et du pays de Galles ; l'organisation n'est pas tout à fait la même en Écosse.

dent qu'imparfaitement à ces trois sortes d'établissements ; ce sont :

1° Les *aliénés indigents (pauper Lunatics)* qui sont assistés conformément aux prescriptions de la loi sur les pauvres (*poor Law*) ;

2° Les aliénés privés (*non pauper Lunatics, private Lunatics*) dont la pension est payée par la famille sans que la loi ait à intervenir ;

3° Les aliénés placés sous la tutelle du lord chancelier (*Chancery Lunatics*) dont la fortune a besoin d'être sauvegardée.

Il ne se fait de *placements volontaires* que dans les hôpitaux autorisés et les maisons de santé, entre lesquels il n'y a de différence, à cet égard, que sous le rapport du mode d'inspection.

Les pièces à fournir sont :

1° Une demande d'admission signée par un parent ou une personne quelconque qui ait vu l'aliéné depuis moins d'un mois (*Lunacy Acts amendment Act, 7 août 1862, XXIII*), et qui est tenue d'exposer les motifs qui la font agir ;

2° Un certificat signé par *deux* médecins qui auront visité l'aliéné séparément.

Il est dit en outre que, dans leurs certificats, les médecins doivent distinguer les faits observés par eux de ceux qui leur ont été simplement communiqués ; ces derniers ne doivent jamais être admis comme suffisants.

En cas d'urgence, l'aliéné peut être reçu dans un asile sur la production d'un seul certificat ; mais alors, dans les trois jours, il faut produire deux autres certificats médicaux (*An Act to amend., etc., 20 août 1853, IV et V*).

Il n'y a pas d'autres formalités à remplir avant l'admission.

Seulement, depuis quelques années, ces certificats médicaux sont fort difficiles à obtenir, tant les craintes de poursuites effraient nos confrères d'outre-Manche.

LOI DE NORWÈGE

(17 août 1848).

Il y a en Norvège : 1° une loi sur le traitement des aliénés, promulguée le 17 août 1848 ; 2° une instruction pour l'exécution de ladite loi.

La loi de Norvège admet des asiles *publics* et des asiles *privés*, et ces derniers sont définis à peu près comme dans les lois de Genève et de Neuchâtel ; il y est dit à l'article 15 que « nul ne peut être détenu comme aliéné dans son domicile, chez des parents ou des étrangers, ou être gardé à vue sans que avis en ait été donné aussitôt que possible au pasteur ou à un médecin » qui devient dès lors responsable de l'exécution de la loi, et doit adresser à ce sujet un rapport au département de l'intérieur.

Quand l'admission d'un malade dans un asile est demandée, le médecin de l'établissement examine s'il y a lieu de le recevoir.

Si des parents s'opposent à l'admission ou à la maintenue, la commission de contrôle, établie auprès de chaque asile, statue après deux interrogatoires faits à huit jours d'intervalle.

Cette commission, dont les attributions sont très-étendues, est composée de trois membres dont un au moins est médecin ; elle se réunit tous les quinze jours et plus souvent s'il en est besoin, mais alors aux frais de la personne qui provoque ces séances extraordinaires.

LOI BELGE

(18 juin 1850).

La loi belge est assurément celle qui se rapproche le plus de la nôtre : elle en diffère cependant en quelques points importants.

Et d'abord, comme les lois de Genève, de Neuchâtel et de

Norvège, elle considère « comme établissement d'aliénés toute maison où l'aliéné est traité, même seul, par une personne qui n'a pas reçu la qualité de tuteur, de curateur ou d'administrateur provisoire » (art. 2).

Le ministère public n'intervient avant l'admission que pour les prévenus, les condamnés ou ceux qui ont été renvoyés des poursuites comme atteints d'aliénation mentale.

Lorsqu'il ne s'agit pas de placements opérés par les autorités administratives ou judiciaires, le chef de l'établissement doit exiger :

1° Une demande d'admission signée par le tuteur, l'administrateur provisoire ou toute personne intéressée ; mais, dans ce dernier cas, la demande doit « être revêtue du visa du bourgmestre » de la commune où l'aliéné se trouvera ;

2° Un certificat médical constatant l'état mental de la personne à placer ; ce certificat n'est pas exigé lorsque la demande est signée par le tuteur ou l'administrateur provisoire.

En cas d'urgence, ce certificat peut n'être produit que dans les vingt-quatre heures (art. 9).

Enfin, j'ajouterai que « nulle personne ne peut être séquestrée dans son domicile ou celui de ses parents ou des personnes qui en tiennent lieu, si l'état d'aliénation mentale n'est pas constaté par deux médecins désignés, l'un par la famille ou les personnes intéressées, l'autre par le juge de paix du canton, qui s'assurera par lui-même de l'état du malade et renouvellera ses visites au moins une fois par trimestre » (art. 25).

Cette disposition peut, dans la pratique, offrir de graves inconvénients, mais elle n'en est pas moins fort sage : je crains plus, quant à moi, les séquestrations illégales dans les familles ou les maisons non autorisées que dans les asiles d'aliénés, tels qu'ils sont constitués dans la plupart des pays d'Europe.

LOI SUÉDOISE

(5 mars 1858).

La loi suédoise admet des asiles publics et des asiles privés ; mais en fait, il n'y a en Suède que des asiles publics qui ne peuvent être fondés, d'ailleurs, sans l'autorisation du gouvernement, et auprès de chacun desquels est instituée une commission administrative, présidée par le chef de la province (art. 4).

On n'y admet guère que des aliénés curables et dangereux.

Pour les *placements volontaires*, l'article 8 exige :

1° Une demande d'admission adressée à la direction de l'établissement (1) par un parent ou un ami (2) ;

2° Un certificat médical établi conformément à un modèle adopté par l'administration supérieure ;

3° Un certificat émanant d'un pasteur ou d'autres personnes dignes de foi, et destiné surtout à établir l'individualité de la personne à placer.

Aucune autre formalité n'est exigée.

LOI DE VAUD

(19 décembre 1860).

Il n'y a point à proprement parler, dans le canton de Vaud, de loi spéciale sur les aliénés, mais bien seulement deux règlements donnés par le conseil d'État, et qui peuvent être considérés comme en tenant lieu : l'une, en date du 19 décembre 1860, concerne les établissements privés ; l'autre, du 4 juillet 1862, est applicable à l'hospice des aliénés.

Pour ce qui est de la question spéciale qui nous occupe, ces deux règlements contiennent à peu près les mêmes dispositions.

(1) Dans l'intervalle des séances de la commission administrative, le médecin en chef est le directeur responsable de l'asile (art. 5).

(2) Lettre du docteur Salomon, médecin en chef de l'asile de Malmö. La loi suédoise ne précise pas à ce sujet.

Pour les *placements volontaires*, les pièces à produire sont :

- 1° L'acte d'origine ou de naissance ;
- 2° Un certificat médical attestant la nécessité du séjour du malade dans une maison de santé ;
- 3° Une demande des parents ou ayants droit ;
- 4° « Une déclaration de l'autorité compétente constatant qu'elle a connaissance de la déclaration du médecin, et qu'elle est officiellement informée du transfert du malade dans une maison de santé. »

Je me suis déjà prononcé sur la valeur de cette dernière disposition, à l'occasion de la loi de Neuchâtel.

Le règlement pour l'admission dans les hospices publics du canton de Vaud contient une prescription plus restrictive, au point de vue des conditions d'admission, que le règlement pour les asiles privés, arrêté deux ans plus tôt.

En sus des pièces dont j'ai parlé plus haut, il faut, en effet, pour faire admettre un malade à l'hospice des aliénés, obtenir une décision du conseil d'État, laquelle n'est prise qu'après avis du médecin, chef de bureau de la police sanitaire (art. 4 et 6). N'est-ce pas là tout au moins une singulière anomalie ?

Tels sont, à ma connaissance, les seuls pays d'Europe où il y ait actuellement des lois d'exception concernant les aliénés : toute personne qui voudra étudier ces lois avec soin et sans parti pris, reconnaîtra avec moi, j'en suis convaincu, que la loi française, en ce qui concerne notamment la question spéciale que j'ai voulu examiner avec vous, est encore, dans son ensemble, la plus complète de toutes. Si elle offre, d'ailleurs, quelques légères lacunes et imperfections, il est facile, je crois, de les faire disparaître sans toucher à un ensemble de dispositions dont il n'est pas possible de méconnaître l'admirable enchaînement.

Je dirai quelques mots, en terminant, des pays d'Europe qui n'ont point encore de loi d'exception.

ROYAUME D'ITALIE.

L'année dernière, messieurs, à l'occasion de l'application à toutes les provinces du royaume d'Italie d'un Code civil uniforme, des dispositions spéciales et distinctes qui rentrent, jusqu'à un certain point, dans ce que j'ai appelé des lois d'exception, ont été adoptées concernant les aliénés. Mais ces dispositions, dont je dois la connaissance à M. le professeur Lombroso (de Pavie), sont évidemment incomplètes et provisoires, et n'ont point le caractère d'une véritable loi d'exception.

Qu'il me suffise donc, messieurs, de vous dire, en ce qui concerne les admissions dans les asiles d'aliénés, que le certificat du médecin doit être fait en présence du juge de paix, et la sincérité de sa déclaration attestée par deux notables de l'endroit, avant d'être examinée par le préfet qui statue.

ROYAUME DE PRUSSE.

La Prusse, non plus d'ailleurs qu'aucun des États qui faisaient partie de la Confédération germanique, à l'exception du duché de Bade, n'a pas de loi d'exception (1). Cela ressort de la façon la plus évidente de l'examen de tous les documents publiés sur la matière, et plus nettement encore d'une lettre très-explicite, à cet égard, que m'a écrite, en avril 1866, notre honorable et regretté confrère Damerow. Mais il existe un grand nombre d'ordonnances et de règlements d'administration que Damerow a publiés lui-même dans un supplément au vingtième volume, année 1863, de l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*.

Les conditions d'admission sont, d'ailleurs, à peu près les mêmes pour tous les établissements publics et privés de Prusse,

(1) C'est par erreur que le contraire a été affirmé par M. le docteur Thulié, qui a pris pour une loi d'exception des articles du Code civil, du Code pénal et du Code de procédure.

qui ressortissent au ministère des cultes et des affaires médicales.

Dans les asiles publics, il n'y a que des placements d'office.

Il n'y a, au contraire, que des placements volontaires dans les asiles privés ; cela résulte au moins de l'examen des documents qui m'ont été fournis par Damerow.

Pour faire admettre une personne dans un asile privé, les seules pièces à fournir sont : une demande d'admission et un certificat de médecin. Il m'a semblé que pour toutes ces questions aussi bien, d'ailleurs, que pour celles relatives à l'interdiction, la confiance dans les médecins spéciaux, en Prusse, était pour ainsi dire absolue. Je ne puis qu'en féliciter nos confrères.

AUTRICHE.

Il n'y a pas en Autriche de loi spéciale sur les aliénés, et les conditions d'admission dans les asiles y sont à peu près les mêmes qu'en Prusse. Il semblerait cependant, d'après ce que m'a appris M. Mundy, que le certificat médical y est moins formellement exigé.

RUSSIE.

La Russie, que je regrette de ne point voir représentée dans notre réunion, n'a point encore de loi spéciale sur les aliénés ; mais, d'après les renseignements qui m'ont été donnés par le docteur Paul Herzog, en avril 1866, on se préoccuperait sérieusement de cette question, et j'ai appris directement, il y a quelques jours (1^{er} août 1867) par M. le docteur Lowtzoff, rédacteur des *Annales de médecine légale de Saint-Pétersbourg*, qu'une loi de cette nature était, dans ce moment même, soumise à l'examen du conseil d'État.

Actuellement, en Russie, aucun aliéné ne peut être séquestré si ce n'est par mesure de police, avant d'avoir été préalablement

interdit, et cela, même pour les placements dans les asiles publics. Cependant depuis l'ukase du 17 avril 1861, il est fait parfois des exceptions à cette règle pour les asiles privés, dans lesquels les aliénés non interdits sont admis après avoir été examinés par l'un des membres du bureau sanitaire du domicile du malade. Tout cela est bien confus et bien incomplet, et il est temps, en effet, que la Russie adopte, elle aussi, une loi spéciale sur la matière.

ESPAGNE.

Il n'y a pas en Espagne de loi spéciale sur les aliénés, qui sont admis dans les asiles sur la production d'un simple certificat médical, au même titre ou à peu près que les malades ordinaires dans les hôpitaux et hospices.

Dans l'asile d'aliénés de l'île de Cuba, on exige :

- 1° Une demande d'admission ;
- 2° Un certificat médical ;
- 3° L'avis après enquête du juge du district.

J'ai su par notre collègue, M. le docteur Pujadas, que dans ce moment même, le conseil d'État avait en main un projet de loi spécial, à la rédaction duquel il n'est pas, je crois, resté étranger.

Il n'y a, à ma connaissance, de loi spéciale sur les aliénés ni en *Danemark*, ni en *Portugal*, ni en *Turquie*, ni en *Grèce*.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Société médico-psychologique.

Séance du 30 mars 1868.

Présidence de M. BROCHIN.

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

M. le docteur *Constans*, vice-président : Messieurs, vous connaissez tous la pénible circonstance qui m'a empêché d'assister à vos dernières séances, et de vous adresser plus tôt mes remerciements pour l'honneur que vous avez bien voulu me faire en m'appelant à la vice-présidence de la Société. Je n'ose espérer être beaucoup plus exact d'ici à quelques mois, car mes fonctions me tiendront forcément éloigné de Paris. Veuillez excuser cette absence involontaire et être persuadés, qu'autant que cela me sera possible, je n'aurai pas de plus grand plaisir que d'assister à vos réunions et de prendre part à vos travaux.

Incident relatif au prix Aubanel.

M. *Legrand du Saulle* demande la parole à l'occasion du procès-verbal, pour rétablir le sens des renseignements que, dans la séance du 30 décembre dernier, il a donnés à M. Fournet, qui demandait quels résultats aurait pour la Société sa reconnaissance comme établissement d'utilité publique.

M. le président. Vous avez la parole.

M. *Legrand du Saulle*. J'en demande pardon à MM. les secrétaires dont les comptes rendus sont habituellement si fidèles ; mais il s'est glissé dans le procès-verbal de la séance du 30 décembre 1867 une inexactitude, que je n'aurais manqué de relever à la séance suivante, si je n'avais pas été absent au moment de la lecture du procès-verbal. Je vois aujourd'hui dans le numéro de mars des *Annales* (p. 265) : « Nous ne pouvions pas être envoyés en possession du legs Aubanel. Je vais écrire immédiatement à madame » Aubanel, et les fonds seront régulièrement mis à la disposition de » la Société. » Eh bien ! je déclare n'avoir pas tenu ce langage. J'ai

pu d'autant moins le tenir que la Société n'a point hérité du savant aliéniste de Marseille, et que nous n'avons aucune réclamation à adresser à sa veuve !...

Ainsi que je l'ai plusieurs fois expliqué à la Société, Aubanel a laissé toute sa fortune à sa femme, mais on a trouvé dans ses papiers un projet de legs d'une somme de 16 000 francs à la Société médico-psychologique, dans le cas où elle serait en mesure de recevoir des dons, ou, à son défaut, à l'Académie impériale de médecine. La rente de cette somme devait être affectée à un prix annuel sur les maladies mentales ou la médecine légale des aliénés.

J'ai l'honneur d'être en correspondance depuis quatre ans avec madame Aubanel. La veuve de notre regretté collègue s'intéresse toujours vivement à la Société, et je ne lui laisse pas ignorer que nous gardons le plus honorable et le plus pieux souvenir de son mari ; or, c'est à sa libéralité toute spontanée que nous devons les sommes annoncées pour les prix que nous avons mis au concours. J'ai lieu de penser que madame Aubanel voudra bien continuer encore des largesses qui doivent nécessairement profiter au progrès de la psychiatrie française, mais je dois reconnaître qu'elle n'y est contrainte en aucune façon.

Répondant à M. Fournet, j'ai pu dire que si nous avions hérité d'Aubanel, nous pourrions aujourd'hui recevoir son legs, grâce au décret du 11 décembre 1867, qui consacre notre existence légale ; mais il n'est pas possible que j'aie dit ce que MM. les secrétaires ont inséré dans le procès-verbal.

La Société me permettra donc d'insister et de lui demander instamment la publication de ma réclamation.

Correspondance.

La Société reçoit :

De M. *Berthier*, médecin de Bicêtre, un mémoire intitulé : *Rage et Rabidisme*, travail couronné par la Société de médecine de Besançon, et dans lequel l'auteur s'est spécialement attaché à mettre en relief les rapports existant entre la rage et les folies spécifiques ou diathésiques ;

De M. *Legrand du Saulle*, médecin de Bicêtre, une étude médico-légale sur les *assurances sur la vie*, reproduction de leçons faites à l'École pratique ;

De M. *Ingels*, médecin de l'asile de Guislain, à Gand, à l'appui de sa candidature, plusieurs brochures sur différents sujets relatifs à l'aliénation mentale. (M. Ingels, ayant déjà été nommé membre

associé étranger à la séance précédente, ses travaux seront déposés aux archives.) ;

De M. *Eugenio Luce* (de Turin), un mémoire en italien sur l'électrothérapie.

Présentations.

M. le président. Notre collègue, M. Bourdin, offre à la Société une brochure intitulée : *Recherches statistiques sur l'instruction primaire dans l'armée française*. Bien que ce sujet s'éloigne de ceux dont nous nous occupons le plus ordinairement, je saisis cette occasion de rappeler que notre Société est à la fois médicale et psychologique, et qu'à ce dernier titre, notre domaine s'étend sur les questions d'enseignement. Je prie M. Bourdin de vouloir bien nous faire connaître sommairement l'objet de son mémoire.

M. Bourdin. En faisant mon mémoire, je me suis proposé, pour but principal, de faire connaître la marche et le développement de l'instruction primaire dans notre nation. Les chiffres qui servent de base à mes recherches m'ont conduit à un double résultat :

1° L'instruction primaire est dans une période de diffusion qui est restée croissante depuis 1828 jusqu'à nos jours ;

2° Si l'on tient compte de l'enseignement primaire donné à nos soldats des armées de terre et de mer, on devra reconnaître que la France tient parmi les nations un rang plus élevé que ne l'avaient fait croire des statistiques incomplètes.

Pour connaître l'état de l'instruction publique dans un pays, il n'y a qu'un moyen efficace, c'est l'enquête individuelle. A défaut de cette ressource, je me suis adressé aux documents officiels publiés par le ministre de la guerre. Ces documents doivent inspirer confiance, parce que tous les hommes faisant partie de l'armée sont examinés individuellement.

Les chiffres puisés dans ces documents pour servir de base à mon travail me semblent avoir une valeur réelle, parce qu'ils comprennent un grand nombre d'années. C'est avec des séries de 10, 20 et 30 ans que j'ai établi une proportion et une moyenne.

J'ai cherché à faire connaître la répartition proportionnelle de l'instruction primaire dans toute la France.

Pour cela, j'ai classé les départements par ordre d'ignorance. Le département de l'Allier, qui donne 77,41 illettrés sur 100 conscrits, occupe le premier rang. Il est suivi de près par la Haute-Vienne, l'Indre, le Cher et la Corrèze. A l'autre extrémité de l'échelle se trouve le Bas-Rhin qui donne seulement 6,02 soldats sur 100 ne sachant ni lire, ni écrire. Viennent ensuite, dans des conditions très-favorables, le Doubs, la Meuse, la Haute-Marne et le Jura.

Un chapitre particulier est consacré à la décomposition de l'armée sous le rapport du degré d'instruction primaire des sous-officiers, caporaux ou brigadiers et soldats. Je donne non-seulement le nombre d'hommes ayant suivi les écoles régimentaires, mais encore le nombre d'hommes rapporté à chaque arme.

M. *Maury* (Alfred). M. Bourdin pourrait-il fournir les documents propres à faire connaître le degré proportionnel d'instruction des hommes appartenant aux divers corps de troupe ?

M. *Bourdin*. Je n'ai point étudié ce côté fort intéressant de la question, et je n'ai donné que la proportion pour 100 attribuée à chaque corps dans la fréquentation des écoles régimentaires. Des recherches ultérieures permettront de répondre à la question posée par M. Maury.

M. *Fournet*. Le travail de M. Bourdin s'étend-il aux femmes, et connaît-on le rapport qui existe, au point de vue de l'instruction primaire, entre les hommes et les femmes ?

M. *Bourdin*. Je me suis occupé exclusivement de l'armée. Toutefois, à titre de renseignement, j'ai donné quelques chiffres relatifs au nombre proportionnel des époux illettrés. Le nombre des époux n'ayant pu signer leur acte de mariage s'est élevé à 38 pour 100 pour la France entière, pendant la période triennale 1858-1859-1860.

Je dirai, en terminant, que je crois avoir fait une chose utile en faisant loyalement connaître l'infériorité relative de la France sous le rapport de l'instruction primaire. J'espère que cette infériorité constatée deviendra un motif d'émulation pour les amis de l'instruction élémentaire et pour ceux qui sont chargés de maintenir la France au premier rang de nations.

M. *Linac*. J'ai l'honneur d'offrir en hommage, hommage tardif, non par la faute de l'auteur, mais par la mienne, je le confesse en toute sincérité, la thèse inaugurale de M. le docteur Sémérie, ancien premier interne de la maison impériale de Charenton. Nul de ceux qui connaissent M. Sémérie ne me contredira certainement, si j'ajoute l'épithète *distingué* au titre d'interne.

Cette thèse est intitulée : *Des symptômes intellectuels de la folie*.

Sous le rapport artistique ou littéraire, elle réunira certainement les suffrages de tous ceux qui la liront. Elle est écrite de main d'ouvrier.

Au point de vue clinique, elle est pleine de faits recueillis par l'auteur, et elle témoigne tout à la fois d'une grande sagacité pra-

tique et d'une longue habitude d'observer les aliénés et de méditer sur l'aliénation mentale.

Sous le rapport philosophique, c'est une œuvre tout originale et une entreprise complètement neuve ; c'est, si j'ose le dire, une curiosité. M. Sémérie est un disciple fervent d'Auguste Comte, et il le déclare formellement en tête de sa thèse. Il essaie donc une nouvelle théorie de la folie et de ses diverses manifestations.

D'après ce système, l'explication de l'aliénation mentale et sa physiologie pathologique ne seraient plus choses contingentes et subordonnées au caprice ou aux préférences philosophiques de chaque mentalité. La pathogénie de la folie deviendrait une doctrine scientifique, positive. Elle serait déduite des lois qui régissent le monde intellectuel, lois posées par Aug. Comte et par l'école positiviste ; lois, d'après cette école, aussi fixes, aussi immuables que celles qui gouvernent le monde physique.

M. Sémérie fonde les plus fermes espérances sur l'avènement et le succès des opinions positivistes, en ce qui concerne la solution des graves et obscurs problèmes de la psychiatrie. « Avant peu de temps, dit-il, les successeurs d'Aug. Comte auront jeté sur toutes ces questions des clartés inattendues. »

Nous ne demanderions pas mieux, messieurs, que de nous associer aux espérances de M. le docteur Sémérie ; mais il est à craindre que notre génération n'ait pas le bonheur de voir l'âge d'or de la médecine mentale annoncé par l'auteur.

Candidature et élection.

M. Lunier. J'ai reçu de M. le docteur Saint-Lager une lettre dans laquelle il m'annonce que le montant du prix qui lui a été décerné par la Société, dans sa dernière séance, a été offert par lui à l'Académie de médecine, pour constituer un nouveau prix relatif à l'étude du goitre et du crétinisme ; il m'a exprimé en même temps le désir d'obtenir le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique. Le rapport qui vous a été récemment lu par M. Baillarger fait suffisamment connaître les travaux et le mérite de M. Saint-Lager, et je pense que vous n'hésitez pas à lui conférer un honneur que la plupart des Sociétés savantes ont l'habitude d'accorder à leurs lauréats.

M. Loiseau. J'ai reçu, de mon côté, une lettre écrite par M. Saint-Lager en réponse à celle par laquelle je lui avais officiellement annoncé que le prix Ferrus-Belhomme-Archambault venait de lui être décerné par la Société. M. Saint-Lager me charge de vous

adresser ses remerciements et sollicite le titre de membre correspondant ; il me fait connaître en même temps la destination qu'il a donnée au prix de 1500 francs qui lui a été décerné.

M. le président. Le travail de M. Saint-Lager ayant été déjà examiné par une commission et ayant fait l'objet d'un rapport favorable, je propose à la Société de procéder de suite au vote sur sa candidature.

M. Saint-Lager est nommé membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

Lecture.

M. Brierre de Boismont lit un travail sur les opinions de Mittermaier sur la peine de mort et les enquêtes médico-légales relatives aux aliénés.

(Voyez le dernier numéro des *Annales*, page 1).

M. Alfred Maury. Il me paraît indispensable de faire certaines réserves sur l'opinion émise par Mittermeier, que la crainte de la peine de mort ne prévient jamais l'accomplissement d'aucun crime. Il est loin d'en être ainsi ; et ceux que leur profession amène à avoir des rapports fréquents avec les détenus, les avocats, par exemple, savent parfaitement, pour l'avoir recueilli de la bouche même de leurs clients, que nombre de fois la perspective d'une condamnation capitale arrête la main d'un voleur qui, sans ce frein, se serait laissé entraîner à commettre un meurtre.

Continuation de la discussion sur la transmission héréditaire de l'épilepsie.

M. Aug. Voisin. Messieurs, je vous demande la permission de vous apporter mon tribut à la question de l'hérédité dans l'épilepsie, et de vous lire ce travail dont j'ai puisé les éléments dans quatre-vingt-seize observations d'épileptiques qui me sont personnelles.

Je m'efforcerai principalement de répondre aux questions suivantes qui ont été posées :

Quels sont les rapports de certaines affections générales avec l'épilepsie ?

Dans quelle proportion les enfants sont-ils frappés dans une famille où existe l'épilepsie ?

Existe-t-il des caractères qui permettent de reconnaître l'hérédité de l'épilepsie dans la race ?

Avant de vous exposer le résultat de mes observations, je tiens à

jeter un coup d'œil rétrospectif, rapide, sur les travaux de ceux qui nous ont précédés, et de nos maîtres, relativement à cette partie de l'histoire de l'hérédité du mal comitial.

Maisonneuve (*Recherches sur l'épilepsie*, Paris, 1803) dit que, dans 67 observations, 62 épileptiques n'offraient aucune cause héréditaire, 2 présentaient une hérédité immédiate, et 2 une hérédité médiate.

Portal (*Observations sur la nature et le traitement de l'épilepsie*. Paris, 1827) pensait que l'épilepsie provient fréquemment du père et de la mère.

Bouchet et Cazauvielh (*Archives de médecine*, 1825) firent faire un grand pas à la question en admettant la solidarité héréditaire entre l'épilepsie d'une part, et, d'autre part, l'aliénation mentale, l'hystérie, d'autres névroses et l'apoplexie. Et, pour prouver le danger de la transmission de l'épilepsie aux descendants, ils publièrent des observations qui montraient que sur 58 enfants nés de mères épileptiques, 37 étaient morts de convulsions dans la première enfance, 2 étaient épileptiques, 14 étaient sains.

Beau fit à la Salpêtrière des relevés statistiques sur 241 épileptiques, et vit que 9 avaient comme pères des épileptiques; 17, comme mères, des épileptiques; 1, comme aïeul paternel, 1 épileptique; 2, comme sœurs, 2 épileptiques; 1, comme tante maternelle, 1 épileptique; 4, comme mères, des hystériques. (*Archives de médecine*. Paris, 1837, t. XI.)

Esquirol a écrit que, d'après ce qu'il avait vu à la Salpêtrière, sur les femmes épileptiques, le haut mal est plus souvent transmis par le père que par la mère.

Je dirai tout de suite que cette opinion, répétée par Trousseau, dans sa clinique, a encore cours aujourd'hui, bien que la statistique de Beau l'ait montrée mal fondée.

Je reviendrai sur ce point.

Leuret pensait que l'influence de la parenté sur l'épilepsie était une simple coïncidence, parce qu'il n'avait trouvé que 11 descendants épileptiques chez 106 épileptiques.

M. Delasiauve a soutenu et soutient encore la même opinion. Pour notre savant collègue, l'épilepsie est exceptionnellement transmissible aux descendants, et de plus, s'éloignant des idées de Bouchet, Cazauvielh et Herpin, il pense que les preuves de l'hérédité de l'épilepsie ne doivent être puisées que dans le domaine même de l'épilepsie, et nie toute affinité héréditaire entre l'épilepsie et les autres névroses, telles que l'aliénation et l'hystérie. (*Traité de l'épilepsie*, p. 185.)

Les opinions de M. Moreau (de Tours) sont absolument contraires à celles de M. Delasiauve, et se rapprochant de Bouchet, Cazauvielh et Herpin, il accorde une grande part à la solidarité que ces auteurs ont admise entre l'épilepsie, d'une part, et d'autres névroses, et a élargi singulièrement le cadre de cette solidarité en attachant la plus grande importance à la prédisposition, et en montrant que certaines maladies générales des ascendants, telles que la tuberculisation, la scrofule et les habitudes alcooliques invétérées, pouvaient ou créer la prédisposition à l'épilepsie, ou bien se transformer et produire les premières manifestations comitiales, manifestations qui sont déjà la maladie à un premier degré, et que, dans ces derniers temps, Herpin a appelées *accès incomplets*.

M. Moreau a apporté, à l'appui de ces données, un grand nombre de faits recueillis en partie à Bicêtre, et a démontré que les ascendants étaient atteints, dans une proportion considérable, de cas pathologiques héréditaires. (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1854, p. 16 et suiv.)

Trousseau s'est rangé aux opinions de Bouchet, Cazauvielh, Herpin et Moreau (de Tours). Pour lui, l'hérédité avait une grande influence sur la production de l'épilepsie. En interrogeant, dit-il, la famille d'un épileptique, vous y trouverez soit des phénomènes épileptiques, soit l'aliénation mentale, soit des singularités de caractères, soit des troubles bizarres de l'innervation. (*Clinique médicale*, 3^e édit., t. II, p. 129 et suiv.)

De cette étude rétrospective des opinions des auteurs, il ressort que les uns, comme Maisonneuve, Leuret et Delasiauve ne considèrent que l'hérédité directe de l'épilepsie prise en elle-même, et trouvent cette transmissibilité excessivement restreinte et que les autres, tels que Bouchet, Cazauvielh, Moreau (de Tours), Trousseau, etc., regardent l'épilepsie comme pouvant avoir sa source dans d'autres névroses, et dans des affections générales constitutionnelles et héréditaires.

Revenant à mes observations, je trouve les faits suivants relatifs à la première question que je me suis posée :

I. Quels sont les rapports de certaines affections générales avec l'épilepsie ?

Sur mes 95 malades, 12 m'ont présenté des antécédents scrofuleux et tuberculeux graves; 12 ont des ascendants morts d'alcoolisme chronique ou sujets, avant leur mariage, à des habitudes alcooliques invétérées.

A. Épileptiques ayant des antécédents scrofuleux et tuberculeux :

1^o Perrier, sexe masculin, 2 oncles maternels morts phthisiques.

La mère est tuberculeuse et épileptique ; 1 frère du malade est idiot, une sœur est scrofuleuse ; 4 frères et sœurs sont morts, l'un de méningite, un second du croup, un troisième de fièvre typhoïde, un quatrième est né avec une taille exceptionnellement grande, avait un phimosis congénital et est mort le dixième jour.

Quoique la mère soit épileptique, j'ai classé ce malade parmi les tuberculeux, en raison des ascendants tuberculeux bien nets du côté maternel.

Ainsi, des 6 enfants de cette femme, 2 sont morts de tuberculisation héréditaire ; 1 fils est épileptique, 1 idiot, et 1 fille est scrofuleuse.

Le sexe n'a donc eu ici aucune influence spéciale héréditaire.

2° Simonneau, du sexe masculin, épileptique et tuberculeux : son père est mort phthisique ; une sœur est bien portante, un frère est mort accidentellement.

3° Rousset, quarante ans, du sexe masculin, épileptique depuis l'âge de trente-cinq ans, porte les caractères de la tuberculisation pulmonaire : sa mère est morte phthisique ; 11 frères et sœurs sont touseurs.

4° Laisné, du sexe masculin, trente-deux ans, est épileptique depuis l'âge de vingt-neuf ans, et a toujours été très-impressionnable : son père est mort phthisique, sa mère est nerveuse, et ses frères et sœurs sont très-nerveux.

Ici, la tuberculisation et l'irritabilité nerveuse se sont réunies.

5° Beauvais, du sexe féminin, vingt ans, est épileptique depuis l'âge de quatorze ans, quatre ans avant la menstruation : son père est mort phthisique, un frère est bien portant.

6° Larivé, du sexe féminin, trente ans, est épileptique depuis l'âge de quinze ans ; de plus, elle est scrofuleuse. Son père est mort phthisique, son frère est très-empporté.

7° Rochard, du sexe féminin, quinze ans (malade du service de M. Baillarger), est épileptique depuis l'âge de neuf ans ; elle est scrofuleuse ; sa mère est phthisique.

8° Midorge, du sexe féminin, quatorze ans (malade du service de M. Baillarger), est épileptique depuis la première enfance ; elle est de plus scrofuleuse ; sa mère est morte phthisique.

9° Michoux, du sexe féminin, quatorze ans, est épileptique depuis la première enfance (malade du service de M. Baillarger) ; son père est mort phthisique, un frère est bien portant.

10° Lebrun, du sexe féminin, est devenue épileptique à l'âge de seize ans ; sa mère est épileptique, son père est aliéné à Bicêtre.

11° Kimer, du sexe féminin, dix-sept ans (malade du service de

M. Baillarger), est devenue épileptique à l'âge de six ans. Son grand-père est mort phthisique, son père est mort phthisique; une cousine du père est épileptique, ses frères et sœurs ont un caractère colère.

12° Hérouard, du sexe masculin, quatorze ans, a été atteint de convulsions dès le jour de sa naissance, et est resté depuis épileptique; sa grand'mère est morte phthisique, sa mère est rachitique et porte un rétrécissement du bassin qui a nécessité l'emploi du forceps dans toutes ses couches. Son père, qui est mort phthisique, avait des attaques épileptiques que sa femme n'a connues que huit jours après le mariage; 3 frères ou sœurs sont morts pendant les manœuvres de l'accouchement; 1 frère est mort de méningite le quinzième jour de sa naissance.

B. Dans les douze autres observations où les ascendants étaient atteints ou morts d'alcoolisme chronique, l'influence héréditaire s'est manifestée de la façon suivante :

1° Mollet, du sexe masculin, dix ans, est épileptique depuis l'âge de trois ans; son père était un grand buveur d'eau-de-vie et de vin, avant et après son mariage; 3 de ses frères et sœurs sont morts, 1 en naissant, 1 de dysenterie, 1 de fièvre intermittente, 1 frère vit, mais est très-chétif. Aucun des enfants de cet ivrogne n'a été conçu pendant l'ivresse.

2° Paget, du sexe masculin, onze ans, est épileptique de naissance: son père était grand buveur avant son mariage et n'a jamais eu de rapprochements avec sa femme que pendant l'ivresse, même le jour de son mariage; un frère est bien portant.

3° Alix, du sexe masculin, vingt-six ans, est épileptique depuis le quinzième jour de sa naissance; son père était grand buveur et est devenu atteint d'épilepsie alcoolique; 4 frères et sœurs sont morts: 1 à cinq mois, de convulsions; 1 à dix-huit mois, de convulsions; 1 frère à trente-deux ans, de myélite; 1 à dix-huit mois; 5 frères ou sœurs vivent: 1 frère, marié, a trois enfants bien portants et en a perdu un de neuf jours; 1 sœur, mariée, a une fille bien portante; 1 sœur, mariée, a perdu une fille du muguet; 1 frère, marié, n'a pas d'enfants; 1 sœur, non mariée, est bien portante.

4° André, du sexe masculin, trente ans, est devenu épileptique à l'âge de deux ans; son père est ivrogne de profession, une sœur est morte à dix-huit mois, de méningite et de convulsions; plusieurs frères et sœurs sont de bonne santé.

5° Bonpois, du sexe masculin, vingt-cinq ans, est devenu épileptique à l'âge de sept ans, à la suite de mauvais traitements

exercés par son père, ivre; son père était ivrogne avant son mariage.

6° Morin, du sexe masculin, trente-sept ans, est devenu épileptique à l'âge de trente-cinq ans; son père est ivrogne et séparé pour cela d'avec sa femme. Morin est marié, père de trois enfants, mais deux sont mort-nés, et une fille est scrofuleuse.

L'empreinte héréditaire de l'alcoolisme s'est manifestée chez les petits-enfants de cet ivrogne avant de produire l'épilepsie chez son fils.

7° Bod..., du sexe féminin, douze ans, et devenue épileptique à l'âge de neuf ans; son père était ivrogne avant son mariage; un frère est épileptique depuis l'âge de quinze ans.

8° Lau..., du sexe masculin, vingt ans, est épileptique depuis l'âge de dix-huit ans. Il avait eu à sa première dentition, et pendant un an et demi après, des convulsions qui duraient sept à huit heures; son père est et était ivrogne dès avant son mariage.

9° Geyl..., du sexe masculin, quinze ans, est épileptique depuis l'âge de cinq ans; son père est buveur et a un fort tremblement alcoolique; un frère et une sœur sont bien portants.

10° Ti..., du sexe masculin, dix-huit ans, est devenu épileptique à l'âge de deux ans.

11° Sa sœur, dix-sept ans, est épileptique depuis l'âge de seize ans. Leur père était ivrogne dès avant son mariage; il est dans l'ivresse deux à trois jours par semaine.

12° Petsy, du sexe féminin, dix-sept ans (malade du service de M. Baillarger), est scrofuleuse et est devenue épileptique à l'âge de neuf ans; son père est ivrogne, un frère est scrofuleux.

Si je résume les douze observations d'hérédité tuberculeuse, au point de vue de l'influence du sexe sur les descendants, je trouve que la cause de l'épilepsie, chez mes cinq malades du sexe masculin, a été deux fois le père seul, deux fois le père et la mère réunis, et une fois la mère seule.

Chez les sept malades du sexe féminin, la cause été quatre fois le père seul et trois fois la mère seule.

L'influence du père et de la mère a donc été, à peu de chose près, la même.

Quant aux douze observations d'hérédité par l'alcoolisme, je trouve que, chez les neuf garçons et les trois filles, l'influence paternelle est seule en cause.

II. Dans quelle proportion les enfants sont-ils frappés dans une famille où existe l'épilepsie?

Mes observations, au nombre de dix-sept, m'ont appris les faits suivants :

1° Famille Josz. La mère est épileptique ; un fils de onze ans est épileptique depuis le plus bas-âge. Les accès ont été des accès incomplets jusqu'à l'âge de dix ans, et ont été méconnus. Un second fils est épileptique ; un autre fils est bien portant ; une fille est bien portante.

2° Famille Cheil... La mère est très-nerveuse ; une tante maternelle du père est épileptique de naissance ; une tante maternelle est devenue sourde-muette à la suite de convulsions et est depuis choréique ; un fils de vingt-huit ans est devenu épileptique à l'âge de quatorze ans ; un second fils est original.

3° Famille Car... La mère est épileptique depuis l'âge de seize ans. Des accès incomplets avaient été méconnus avant le mariage ; le grand-père maternel est très-empporté ; une fille de six ans et demi est sujette, depuis un an, à des accès épileptiques, et depuis plusieurs années à des grincements de dents nocturnes en dormant ; un fils âgé de cinq ans, est sujet comme sa sœur à des grincements de dents pendant le sommeil ; un second fils, âgé de douze ans, est bien portant.

4° Famille Jum... La mère a eu des convulsions de l'enfance qui ont laissé un strabisme persistant ; un fils de neuf ans est idiot et épileptique depuis l'âge de neuf ans ; un second fils est bien portant.

5° Famille Arga. Le père est épileptique ; une fille de quinze ans (malade du service de Baillarger) est épileptique depuis sa première enfance.

6° Famille Descemet. Il m'a été impossible de trouver dans les ascendants de cause héréditaire, mais cinq frères ou sœurs sont morts de convulsions. Une fille de douze ans est épileptique depuis l'âge de huit ans ; un fils est bien portant, ainsi que cinq autres enfants bien portants.

7° Famille Drevond. Le père a été sujet à des convulsions à l'âge de sept ans ; un fils de quatre ans est épileptique depuis l'âge de six mois. Pas d'autres enfants.

8° Famille Gal... Mère épileptique depuis l'âge de quatorze ans ; une fille et un garçon bien portants ; l'aîné n'a que cinq ans ; la fille très-nerveuse.

9° Famille Prieur. Mère épileptique depuis l'âge de seize ans ; deux enfants bien portants.

10. Famille Porch... Père épileptique depuis l'âge de cinquante ans ; deux enfants bien portants nés avant la maladie du père.

11° Famille Mah... Mère épileptique depuis l'âge de douze ans; un fils pâle et très-nerveux.

12° Famille Lem... Mère épileptique depuis l'âge de vingt-six ans; deux enfants conçus postérieurement à la maladie; l'un est mort d'une affection inconnue le dixième jour de sa naissance; le second vit, est chétif, d'une mobilité excessive et sujet à des clignements d'yeux, comme choréique.

13° Famille Her... Mère épileptique depuis l'âge de vingt-deux ans; deux enfants conçus postérieurement à la maladie, tous deux bien portants; l'aîné a trois ans.

14° Famille Delp... Mère épileptique depuis l'âge de douze ans; une fille âgée de trois ans est bien portante.

15° Famille Ad... Mère épileptique depuis l'âge de dix-huit ans; mariée à vingt-trois ans; deux enfants, l'un mort-né avant terme, le second est mort de convulsions en naissant.

16° Famille Dai... Père devenu épileptique à l'âge de quarante-six ans, douze ans après son mariage. De quatre enfants nés avant la maladie, un est mort-né; deux sont bien portants, et un est mort d'une affection aiguë de poitrine.

17° Famille Lam.... Père devenu épileptique à l'âge de trente-cinq ans, deux ans avant la naissance d'un fils qui est très-pâle et très-colère.

Si je résume ces dix-sept observations de familles d'épileptiques, je trouve que, dans onze cas, l'hérédité est du côté maternel; que, dans cinq cas, elle est du côté du père

De ces mariages sont nés trente-cinq enfants. Sur ce nombre, 16 sont épileptiques ou sont morts de convulsions. Parmi ces 16 enfants, il y a 7 garçons et 4 filles. Je n'ai pu savoir le sexe des 5 autres enfants. Quant à l'influence du sexe; je trouve que, d'une part, chez 5 garçons l'influence héréditaire vient du côté maternel; que, chez deux autres, elle vient du père, et que, d'autre part, chez quatre filles, elle vient également du père et de la mère.

III. Existe-t-il des caractères qui permettent de reconnaître l'hérédité de l'épilepsie dans la race ?

Il est impossible de soigner un épileptique et de pénétrer dans la vie intime de sa famille sans être frappé de certains caractères que présentent quelques-uns de ses ascendants au premier et au deuxième degré, quelques collatéraux, ses frères et sœurs et ses descendants.

Le père, la mère ou les autres ascendants sont tantôt d'un caractère irascible, emporté, et tantôt manifestent les sentiments affectueux les plus vifs. Il règne chez ces individus une exagération qui m'a souvent embarrassé dans ma pratique médicale; leur conver-

sation est excessivement animée, accompagnée de grands gestes, de mouvements continuels ; leur intelligence, leurs talents sont quelquefois des plus grands, mais l'originalité de leur caractère et de leurs manières fait, pour ainsi dire, tache et nuit à leur influence.

Il règne dans les familles, à l'endroit de leurs propositions et de leurs desseins, du doute et une certaine répulsion qui les irritent encore davantage, et établissent quelquefois des séparations consenties de part et d'autre, et fondées sur l'incompatibilité des caractères et l'originalité.

En outre de ces caractères tout moraux, des ascendants d'épileptiques m'ont présenté des troubles bizarres du mouvement, tels que des tics des paupières, des battements musculaires.

Je n'ai rien observé d'autre dans leur état physique.

Trousseau a dit avoir vu quelquefois le daltonisme chez les ascendants d'épileptiques, et il attachait, on le sait, à ce phénomène morbide, l'importance d'une prédisposition héréditaire. Mais, outre que le daltonisme s'observe chez des individus qui n'ont aucun antécédent épileptique, il peut être le résultat d'un vice d'éducation du sens de la vue. Je ne l'ai jamais observé dans les familles d'épileptiques.

Les frères et sœurs des épileptiques sont quelquefois d'une nature excessivement impressionnable ; leur colère est rageuse, et les jette dans une sorte de pamoison. Aussi, pour éviter ces scènes de violence, les parents ne font pas d'observations, laissent faire et, par suite, ces enfants sont aussi insupportables que possible.

Certains enfants d'épileptiques, observés dans leur plus bas âge, m'ont présenté, dans leur extérieur, tous les attributs du tempérament nerveux : colère ; cris faciles, mobilité extrême ; sommeil interrompu par des soubresauts, des cauchemars ; pâleur considérable de la peau. L'intelligence de ces enfants se développait aisément, mais leur physionomie exprimait le plus souvent la tristesse et était empreinte d'une mélancolie pénible.

En résumé : 1° les affections générales telles que la scrofule, la tuberculisation, le rachitisme, l'alcoolisme et des névroses telles que la chorée, l'hystérie sont des causes héréditaires de l'épilepsie. Elles créent quelquefois, chez les descendants, une prédisposition spéciale qui conduit à l'épilepsie, dans certaines circonstances données.

2° L'épilepsie est directement transmissible.

3° Mes observations particulières m'ont appris que, dans les familles d'épileptiques que j'ai soignées, les enfants sont frappés dans

la proportion de un contre un en prenant la moyenne, et de un contre deux en ne considérant que chaque fait particulier.

4° Le sexe féminin a présenté, chez mes malades, une plus grande influence héréditaire que le sexe masculin.

5° Il m'est arrivé plusieurs fois de constater que des membres d'une famille d'épileptiques présentaient des caractères moraux spéciaux, et quelques troubles musculaires ressortissant à l'épilepsie.

M. *Delasiauve*. Plusieurs fois nous avons eu l'occasion de traiter le sujet sur lequel notre collègue, M. Aug. Voisin, vient de nous faire une intéressante communication ; sans vouloir défendre de nouveau l'opinion que j'ai émise en ces circonstances, je puis dire que les faits produits ne l'ont point modifiée. Certes, je ne prétends pas nier l'influence des affections collatérales, encore moins affinitaires sur l'hérédité du mal caduc ; mais je pense que ce serait courir au devant des déceptions que d'entrer trop volontiers dans cette voie. Dans quelles familles ne compte-t-on pas des scrofuleux, des phthisiques, des cancéreux, des paralytiques, même des aliénés ? Et s'il suffisait pour déclarer ou qu'un épileptique dût son affection à une cause héréditaire, parce que quelques-uns de ses parents auraient eu telle ou telle des maladies que je viens de citer, ou qu'un individu est menacé d'une névrose convulsive par le même motif, on ne rencontrerait bientôt que gens qui, sous prétexte d'imminence épileptique, se trouveraient, par exemple, condamnés à s'abstenir du mariage. La vérité pourtant est que l'on voit quantité de familles où règnent de funestes prédispositions tuberculeuses, cancéreuses ou autres, et parmi lesquelles le mal caduc est inconnu.

Ensuite, avant d'utiliser les renseignements, il est important d'en bien peser la valeur. Un symptôme ne devient signe que lorsqu'il a subi l'épreuve d'une appréciation rigoureuse. L'épilepsie, dont les origines sont multiples, répond à des états pathologiques divers. Elle est essentielle, idiopathique, symptomatique, sympathique. En supposant qu'elle provint d'un tubercule cérébral, d'une affection vermineuse, d'une ossification des méninges, se croirait-on assez autorisé pour la faire entrer dans un calcul statistique à titre d'élément héréditaire ? La déclaration de parenté n'est pas non plus une garantie. Dans un ménage, il y a deux souches. S'il s'agit d'un cousin, ne devrait-on pas se demander de quel côté serait provenue l'hérédité des accidents épileptiques ? Tout récemment, je parcourais les observations inscrites sur les registres de notre section, et j'ai rencontré une foule d'indications vagues dont on se sert, et qui, rigoureusement, devraient être écartées comme manquant de sanction. En ce qui concerne la folie elle-même, les faits exposent encore à de

graves erreurs. D'abord, le mal caduc détériore le cerveau, altère la constitution, en sorte qu'un enfant engendré par un conjoint ainsi dégradé, peut se ressentir de cette influence, non à titre de névrose épileptique, mais par suite de vice cérébral. D'autre part, les familles chez lesquelles la folie se transmet comptent des idiots de naissance, l'encéphale ou le crâne étant restés dans l'imperfection. Or, à un certain âge, six ou sept ans, douze ou treize ans, l'épilepsie vient s'ajouter à l'infirmité mentale, le plus souvent parce que le cerveau éprouve dans son évolution une gêne et une compression qui le dispose au spasme. C'est l'idiotie qui ici a été transmise. L'épilepsie n'est qu'un incident, qu'une complication. De ces remarques, on peut induire qu'à moins d'une enquête spéciale sur chaque cas, il est impossible d'utiliser avec sécurité des exemples qui ne portent aucune certitude. Et cette enquête elle-même, de quelles difficultés, de quels doutes ne serait-elle pas susceptible ?

En somme, le problème n'est pas simple à résoudre ; il ne faut pas se hâter de conclure, et les hésitations par lesquelles M. Ach. Foville a terminé son intéressant mémoire me paraissent à la fois instructives et légitimes. L'occasion s'offrant, c'est, je le répète, au moins dans l'état présent de la science, le fait particulier qu'il faut examiner si l'on veut donner un avis utile.

M. Foville. M. Voisin semble croire qu'il y a contradiction entre son opinion et la mienne, sur un point où il me paraît, au contraire, que nous sommes complètement d'accord. Comme lui, je pense que l'épilepsie est souvent héréditaire ; comme lui, je crois que parmi les inconvénients de toute sorte qu'offre le mariage des épileptiques, l'un des plus sérieux est le danger de donner naissance à des enfants atteints de la même maladie ; mais j'ai ajouté qu'il n'était pas possible de déterminer actuellement la *proportion* numérique, rigoureuse, dans laquelle ce danger existe. Je ne vois pas que, même dans le travail qu'il vient de nous lire, M. Voisin ait réussi à résoudre ce dernier problème. C'est là, du reste, une question secondaire que je qualifierais volontiers d'inutile ; l'essentiel, en effet, c'est que le médecin puisse exprimer avec assurance une opinion formelle sur le danger de ces mariages, et, à cet égard, je n'hésiterais pas à être aussi affirmatif que qui que ce soit. Mais il me semble importer fort peu que l'on puisse préciser si c'est le chiffre de 40 plutôt que celui de 45 ou 50 pour 100 qui exprime les chances que les enfants nés de semblables unions courent d'être eux-mêmes épileptiques. C'est ce dernier point seul qu'il est à mes yeux impossible et inutile de préciser.

M. Lunier. Je ne pense pas non plus qu'il soit possible, ni bien

nécessaire, de formuler par des chiffres précis la proportion dans laquelle l'épilepsie se transmet aux descendants. Quant au fait même de savoir si l'épilepsie est de cause héréditaire ou non, il est essentiel de distinguer, comme l'a dit M. Delasiauve, les cas dans lesquels elle existe seule et ceux où elle est dépendante d'une autre affection des centres nerveux. Lorsque, par exemple, elle est liée à l'idiotie, elle doit être le plus souvent subordonnée à cette dernière, dont elle n'est, pour ainsi dire, qu'une manifestation secondaire, et il n'est pas dès-lors légitime de la rapporter directement à l'hérédité. Cette distinction est importante et de nature à modifier sensiblement les résultats numériques, selon qu'on en tient compte ou qu'on la néglige.

M. J. *Falret*. Les faits que M. Voisin vient de nous communiquer ont certainement un intérêt intrinsèque, mais ils ne sont pas suffisants pour résoudre le problème soumis à la discussion. Ils n'éclaircissent, en effet, qu'un côté de la question, et n'apprennent rien sur l'autre terme du rapport. Il faudrait pour cela établir la proportion d'enfants sains engendrés par les épileptiques, et l'opposer à celle des enfants malades nés de parents affectés de la même maladie. Tant que l'on ne pourra pas mettre en présence ces deux termes opposés de comparaison, il sera impossible d'arriver à une conclusion tant soit peu rigoureuse.

M. A. *Voisin*. Je possède des éléments propres à combler cette lacune; le temps me manque pour les faire connaître aujourd'hui, mais je me propose de les communiquer à la Société dans une autre réunion.

La séance est levée à six heures.

 REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

 (Analyse par M. le docteur **E. DUMESNIL.**)

Journal of Mental Science.

 1^{er} trimestre de 1867.

Les travaux originaux contenus dans ce numéro ont pour titre :

 1^o *Asiles en pavillons* (avec plan), par le docteur Lockhart Robertson.

 2^o *Sur quelques-unes des causes de la folie*, par le docteur Henry Maudsley.

 3^o *La pathologie de l'aphasie*, par le docteur Al. Robertson.

 4^o Clinique : *Observations de pathologie et d'anatomie morbide chez les insensés*, par le docteur Lauder Lindsay.

 5^o *Revue. Statistique des aliénés dans le Royaume-Uni.* — Encombrement des asiles. — Moyens proposés pour y remédier. — Désordres émotifs.

1^o Le docteur Robertson a lu devant l'Association des médecins aliénistes anglais un travail bien entendu et complet sur la construction des asiles d'aliénés, d'après un système qu'il désigne sous le terme d'*asiles en pavillons*, système fondé sur cette donnée, empruntée aux notes sur les hôpitaux de mademoiselle Florence Nightingale : « La physionomie essentielle de la construction en pavillons se distingue en ce qu'elle fractionne la continuité des hôpitaux d'une étendue quelconque en parties détachées, bien séparées, ayant une administration commune, mais rien autre chose en commun. » L'hôpital de Lariboisière est le premier établissement important bâti d'après ce principe.

Pour mieux faire saisir son idée, le docteur Robertson accompagne sa description d'un plan magnifique. Du centre, où sont le logement des médecins, la chapelle, les magasins, la cuisine, la salle de réunion et de récréation et les réfectoires, partent, de chaque côté, deux galeries sur lesquelles viennent tomber perpendiculairement divers groupes de bâtiments affectés aux différentes catégories d'aliénés. C'est le système anglais heureusement modifié, en ce qu'il

restreint la longueur en ligne droite des galeries, et qu'il isole suffisamment chaque quartier de malades. De plus, un asile bâti sur ce plan permet une extension successive en rapport avec une augmentation de la population ; il suffit, pour cela, de prolonger la galerie, et d'y souder un ou plusieurs quartiers nouveaux. L'important, au point de départ, est d'établir les prévisions sur une assez large base, afin de ne pas donner de trop faibles dimensions aux services généraux, ce qui constituerait un mal irréparable.

D'après les évaluations de l'architecte du comté de Sussex, un asile, d'après ce principe, peut coûter 150 liv. sterl. (3750 fr.) par lit, et 50 liv. (1250 fr.) seulement pour chaque lit nouveau, en cas d'extension future.

Cette disposition rappelle, jusqu'à un certain point, celle de l'asile d'Évreux, mais lui est toutefois supérieure, en ce qu'elle isole davantage les quartiers, et qu'elle donne moins d'étendue aux galeries de communication. Cet asile, par groupes, a pour chaque sexe un réfectoire commun, mais la légende n'indique pas si dans certains quartiers, agités, épileptiques, infirmeries, il se trouve des réfectoires particuliers, ce qui est probable. En tout cas, la cuisine étant à cheval sur les deux sections, il y a toute espèce d'avantage à cette disposition, tandis que si toutes les divisions n'étaient pas reliées par les galeries, et se trouvaient disséminées sur l'étendue du domaine de l'asile, ce que l'on a proposé, surtout en Angleterre, dans ces derniers temps, le service de la nourriture deviendrait un problème difficile à résoudre. Il en serait surtout ainsi en France, où la préparation des aliments et la diversité des mets sont plus variées que chez nos voisins, et où la comptabilité de l'économiste est si compliquée et sa responsabilité si sérieuse.

A l'asile de Quatre-Mares, où l'on vient d'ouvrir un pensionnat pour les deux classes supérieures, pensionnat qui se trouve à 450 mètres du corps principal du bâtiment central, il sera nécessaire d'avoir une cuisine à part pour cette annexe. La construction de deux bâtiments de travailleurs contigus à la ferme (60 malades chacun) ne sera éloignée que de 120 mètres de la grande cuisine ; mais comme il faut sortir de la première enceinte pour y arriver, il sera peut-être difficile de ne pas y établir une petite cuisine, ce qui aura plus d'un inconvénient. On voit quelle serait la difficulté de la distribution et de la préparation des denrées alimentaires, s'il fallait créer sur un espace de 50 à 100 hectares une série de petits pavillons bien espacés, parfaitement distincts, contenant chacun seize à vingt malades. La conception du docteur Robertson paraît donc mieux entendue, surtout si l'on tient compte d'une considération

prédominante, celle d'une surveillance plus facile et plus assurée de la part des chefs de l'établissement.

2° Le docteur Maudsley a traité, avec le talent qui lui est habituel, à l'une des séances de la Société *Harveyenne*, un sujet bien connu, sans doute, mais auquel il a su donner un intérêt nouveau et tout particulier. Sa communication a pour titre : *Sur quelques-unes des causes de la folie*.

Il constate d'abord l'embarras où l'on doit se trouver, en général, un cas d'aliénation étant donné, pour spécifier quelle est la véritable cause du désordre mental, attendu que le point de départ est souvent complexe, et que d'ailleurs, deux personnes étant exposées à un choc mental puissant et semblable, la raison de l'une peut sombrer, tandis que celle de l'autre peut rester intacte. Peut-on dire alors que la folie a été déterminée par une cause morale ? Non, à proprement parler, car, dans le premier cas, il s'est trouvé quelque vice inné de la constitution nerveuse, quelque prédisposition à la maladie. Aussi, toutes les conditions, soit qu'elles résident dans le malade lui-même, soit dans les circonstances de la vie où il se trouve placé, coopérant dans un cas donné à la production du dérangement intellectuel, doivent être considérées, avec juste raison, comme des causes.

Gardons-nous donc d'assigner toujours à un unique point de départ, moral ou physique, le désordre mental ; ne prenons pas un premier signe de la maladie pour sa cause supposée. La religion, l'abus de soi-même, l'intempérance ont de tout temps été notés comme causes de l'insanité, alors qu'ils n'étaient en réalité que des symptômes morbides.

Le docteur Maudsley n'ayant pas pour but de faire un traité d'étiologie de la folie, aborde seulement quelques considérations générales, surtout au point de vue social, tout en conservant l'ancienne et classique dénomination de causes prédisposantes et de causes déterminantes (*exciting*).

Le climat, le pays, la forme du gouvernement, la religion, l'état de la civilisation ; les occupations, les habitudes et les conditions sociales et sanitaires des individus, ne sont pas sans influence. Malheureusement, nous n'avons pas de données certaines sur la fréquence comparative de la folie dans les différentes contrées ; nous ne sommes pas même bien sûrs qu'elle se soit montrée plus fréquente avec la civilisation, et qu'elle soit encore actuellement en voie d'augmentation. Toutefois, pour notre savant confrère, il ne saurait y avoir de doute à cet égard ; l'organisation mentale complexe, avec

ses relations extérieures si nombreuses, si mêlées et si compliquées, effet inévitable d'un état de haute civilisation, est assurément l'occasion favorable à beaucoup de dérangements intellectuels. A côté de l'élévation se trouve l'abîme, la dégénérescence est en proportion du développement, et nous payons, pour ainsi dire, la peine de notre civilisation actuelle. Aussi, les sauvages ont des idiots, et n'ont pas ou presque pas d'insensés. La nature qui, du reste, se soucie peu des individus, ne peut se mettre bien en peine pour un fou qui se rencontre sur quatre ou cinq cents mortels, elle qui, sur cinquante germes, n'en laisse parfois arriver qu'un seul à bien.

Ceci admis, il n'y a que l'embarras du choix pour énumérer les causes de la folie dans l'état de la civilisation moderne. L'excès de la population, le conflit incessant et terrible pour se procurer les moyens d'existence, sont fatals aux êtres qu'une faiblesse native ou acquise laisse sans résistance; car, partout et toujours, *être faible, c'est être misérable.*

Voyez plutôt, dit le docteur Maudsley, le sexe fort, l'homme, s'appropriant tous les travaux lucratifs, même ceux qui conviennent à la femme, d'où elle se trouve progressivement expulsée. Si elle n'est pas rayée de la liste des vivants, c'est qu'elle est nécessaire et indispensable à la satisfaction des passions de l'autre sexe; elle est tenue dans un état de sujétion et de dépendance; en un mot, c'est un être protégé. La femme n'a donc qu'une honorable perspective dans le système social, c'est le mariage; ce but manqué, tout est manqué. Maintenant, les exigences de la vie devenant de plus en plus grandes, le nombre des mariages diminue en conséquence; d'où une longue suite de causes physiques et morales dont le résultat peut être la folie pour les femmes. Ainsi déclassées, les femmes s'adonnent à des pratiques religieuses exagérées; l'abus de soi-même peut alors prendre naissance et aggraver le mal. Toutefois, l'auteur ne croit pas que l'onanisme soit une cause fréquente de folie chez la femme; il en trouve plutôt une source féconde dans l'insuffisance et la puérilité de l'éducation féminine, nullement à la hauteur des besoins et de la lutte que la femme abandonnée à elle-même peut avoir à soutenir, mais au niveau seulement des tendances frivoles du genre de vie auquel on la destine.

Vient ensuite, parmi les causes générales dues à la condensation de la population, l'entassement des individus au sein des cités populeuses, dans des logements insuffisants, et la brutale dégradation des paysans à moitié nourris et logés misérablement. Non-seulement les pyrexies, mais les scrofules, peut-être même la phthisie, et cer-

tainement la détérioration de la nutrition et la dégradation morale sont ainsi engendrées et transmises, comme un héritage de malheur, aux générations futures. L'enfant peut bien ne pas être nécessairement atteint du mal de ses parents, mais il devient apte à contracter quelque espèce d'affection ou une nature morale défectueuse, ou, tout au moins, il ne jouit pas de cette force radicale, physique et morale, indispensable pour résister aux luttes et aux difficultés de l'existence.

C'est ainsi que Lugol a trouvé que la folie était loin d'être rare chez les parents des scrofuleux et des tuberculeux ; et dans l'un des chapitres de son ouvrage sur la maladie scrofuleuse, il traite de la scrofule héréditaire dérivant de parents paralytiques, épileptiques, insensés. Shroeder van der Kolk est d'avis que la phthisie peut prédisposer à la folie, et *vice versa*. Enfin, le docteur Clouston, qui a décrit une espèce de mélancolie de suspicion, sous le titre de *Folie phthisique*, a trouvé que dans les cas d'aliénation avec complication de cette maladie, la prédisposition héréditaire était plus fréquente de 7 pour 100 que dans les cas d'aliénation mentale pris en général.

Le docteur Maudsley a la conviction que l'un des facteurs les plus puissants de la folie, dans les conditions de la société moderne, est la crainte de la pauvreté et l'ardente poursuite de la richesse. Il pense, de plus, que le désir insatiable d'amasser une fortune, désir qui fait la préoccupation unique et exclusive de certains individus, peut avoir la plus funeste influence sur leurs descendants ; il cite à cet égard des exemples bien significatifs, et il ajoute : « La vérité de ces faits m'a tellement frappé que je tiens qu'il serait plus sage pour quelqu'un, à l'égard des enfants qu'il pourrait avoir, d'épouser la fille d'un homme aliéné, que la fille de celui qui n'a vécu que pour l'égoïsme et l'âpre intérêt, sans préoccupation, sans souci des autres, qui, en un mot, a entièrement supprimé l'élément moral de sa nature. » L'auteur aperçoit là cette loi terrible qui frappe les enfants pour les fautes et les erreurs de leurs pères, et qui, sous le nom de *destinée*, jouait un si grand rôle dans la tragédie grecque. Si l'on saisit bien encore les paroles des prophètes bibliques, on voit quel poids ils attribuaient à la certitude d'une bonne descendance, d'où le proverbe en Israël : « *Les pères ont mangé des fruits verts et les dents des enfants en restent agacées.* »

Toutes les habitudes vicieuses de l'existence : luxe efféminé, indolence, abus dans la satisfaction d'un besoin quelconque, n'agissent pas moins efficacement sur la décadence de l'espèce que les conditions défavorables extérieures de la vie. « Nous sommes bien cer-

tains que le crétinisme est produit dans les vallées des Alpes et ailleurs par la qualité de l'air ou de l'eau, ou des deux réunis, mais nous ne remarquons pas assez que notre civilisation présente a aussi ses crétiens. » Suit, ici, une description frappante des *petits crétiens* d'Angleterre, caricaturés par le *Punch*; ces *crétiens du luxe*, première étape de ce type de dégradation dont la tête et la face des Aztèques nous donnent le dernier terme.

La question de l'influence religieuse sur la prédisposition à la folie n'est pas analysée à fond dans le travail du docteur Maudsley; il pose seulement sur ce sujet délicat quelques points d'interrogation, mais ils suffisent pour démontrer toute la portée philosophique de l'esprit de l'auteur.

Il se garde bien de passer sous silence la prédisposition héréditaire; il rappelle à cet égard les études du docteur Morel, et appuie de son autorité les données acquises à la science sur ce point, « Lorsque nous fixons notre réflexion sur ces faits qui prouvent le pouvoir et l'étendue de l'action héréditaire, soit en santé, soit en maladie, sur la formation d'une constitution saine ou viciée, nous ne pouvons qu'être convaincus qu'aucun héritage ne vaut celui d'une bonne filiation, et que regretter de voir qu'on attache une si grande importance à l'élevage des animaux, tandis qu'on ne se préoccupe guère de celui de l'homme. »

A propos de l'alcoolisme, le docteur Maudsley fait remarquer que non-seulement l'habitude de l'intempérance peut, dans certains cas, donner naissance à une véritable aliénation mentale, mais bien plus, que l'effet d'une seule débauche ébrieuse, chez un individu ayant une prédisposition à la folie, ou qui a reçu antérieurement quelque violence à la tête (*injury*), ou qui a eu déjà une attaque d'aliénation, peut déterminer une véritable crise de vésanie d'une nature transitoire. Alors, il n'est pas sans exemple de voir se manifester des hallucinations intenses amenant des actes criminels dont le malade n'a guère l'appréciation au moment de l'action et dont il se souvient à peine plus tard.

Les abus sexuels, suivant l'auteur, n'ont pas assez attiré l'attention, surtout celle des gens du monde, en ce qui concerne les jeunes mariés; l'excès ici est fréquent, et peut avoir de bien funestes conséquences.

L'onanisme, cause si peu rare de désordre mental, donne souvent lieu à une forme particulière caractérisée par une énorme satisfaction de soi-même et une grande suffisance, des troubles intellectuels profonds au début; plus tard, de la dépression mélancolique,

de la décadence de l'esprit, des hallucinations nocturnes et fréquemment des impulsions à l'homicide et au suicide.

Sur les vingt-six observations qui ont servi de base à ce travail, le docteur Maudsley en trouve neuf qu'il attribue à des causes morales. A cet égard, il fait remarquer que lorsqu'une passion excessive telle que l'orgueil, l'ambition, l'exaltation religieuse, la vanité dans l'une quelconque de ses faces protéiques, produit l'insanité, elle n'agit pas comme un grand choc moral, mais bien par un effet lent et successif, se traduisant par une exagération d'une certaine particularité ou d'un certain vice de caractère. Aussi, dans ce cas, il y a peu de chances de guérison.

L'auteur termine par cette judicieuse remarque : une grande activité intellectuelle, lorsqu'elle est à l'abri de l'émotion, conduit rarement à la folie ; mais quand les sentiments sont profondément en jeu, quand l'esprit est le théâtre de grandes passions, c'est alors qu'il est le plus éprouvé, ou que son équilibre est en danger. L'ancienne expression *commotion*, qui a servi à désigner l'agitation émotive, a exactement rendu la véritable condition interne des choses. On peut dire, avec raison, que ce n'est pas le travail qu'un individu produit qui le rend aliéné, mais celui qu'il ne peut faire ; et, de vrai, une des causes qui jettent le plus sûrement un homme à terre, est la cruelle et intime conviction qu'il n'est pas à la hauteur de la responsabilité de la position qu'il occupe.

Cette analyse incomplète d'un écrit élégamment traité et sérieusement pensé, suffira, néanmoins, pour faire entrevoir quel parti il a été possible de tirer d'un sujet conçu et envisagé à ce point de vue général et élevé.

3° Les phénomènes qui se rattachent à la lésion cérébrale se traduisant par la perte de la faculté du langage articulé, sont en ce moment l'objet de sérieux travaux et d'interprétations plus ou moins ingénieuses de la part de nos confrères d'outre-Manche. Sous le titre de *Pathologie de l'aphasie*, le docteur Alexandre Robertson, médecin de l'un des asiles de Glasgow, publie une étude d'une importance incontestable.

Après avoir rapidement mentionné la relation entre le phénomène et la lésion cérébrale (sans en tirer une conséquence absolue en faveur du système des localisations, surtout à cause de cette bizarrerie qui tendrait à faire penser que l'encéphale n'est pas, quant aux manifestations, un organe symétrique), M. Alexandre Robertson décrit avec le plus grand soin trois cas qu'il a observés récemment dans sa pratique, afin de démontrer que la plupart des

facultés mentales étaient restées intactes ou à peu près. C'est surtout sur l'évidence de la conservation du raisonnement qu'il veut principalement fixer l'attention ; car, ce fait étant démontré, devient d'une importance capitale pour la solution de la question de la *présence ou de l'absence du langage dans l'esprit des aphasiques*.

L'auteur fait remarquer qu'il y a des actions purement automatiques de la part des malades, et qui n'impliquent pas indispensablement l'exercice de la raison et du jugement ; il a donc dirigé son examen en conséquence. Ainsi, il demande à un sujet ce qu'il ferait si le bras de la surveillante saignait, et aussitôt celui-ci fait semblant de serrer fortement avec un linge la partie blessée ; ce qui suppose le raisonnement suivant : toute blessure saignante doit être bandée, voici une plaie d'où le sang s'écoule, donc il faut qu'elle soit bandée. Suivent d'autres exemples analogues : on demande à une seconde aphasique ce qu'elle ferait si le lit était en feu, et elle indique qu'elle y jetterait de l'eau ; à une autre, si on lui volait son chapeau, et elle montre qu'elle jouerait de son poing fermé. D'où l'on doit conclure que ces malades sont aptes à raisonner correctement ; de même l'attention, la perception, la mémoire, la volonté ne sont pas atteintes le plus souvent, ou ne le sont que faiblement, et pas toujours alors au même degré pour chacune d'elles.

L'un des malades du docteur Robertson offrait ce singulier phénomène de pouvoir prononcer des mots et même de courtes phrases sous l'influence d'une émotion. C'est le docteur Hughlings Jackson qui, le premier, a fixé l'attention sur ce caractère particulier à certains aphasiques, et qui a établi la distinction, dans ce cas, entre le langage intellectuel et le langage émotif. C'est aussi l'explication du docteur Keith Anderson (voyez l'avant-dernier numéro de ces *Annales*).

Parallèlement, le docteur Robertson a dirigé ses recherches sur des hémiplegiques non aphasiques, pour découvrir jusqu'à quel point leur esprit était affaibli ; il n'a point examiné, à cet égard, moins de quarante individus. Ces paralysies dataient depuis quelques jours à des années ; quelques-unes, le plus petit nombre, étaient légères ; le plus souvent, les extrémités d'un côté étaient entièrement inertes ou n'agissaient que dans des limites fort restreintes.

« En ce qui concerne l'état mental, vingt-six de ces hémiplegiques dirent que leur mémoire était grandement, chez la plupart, très-grandement affaiblie depuis l'accident ; les seize autres la disaient fort peu ou même nullement affectée. Chez trente d'entre eux, la faculté perceptive ne semblait pas avoir matériellement souffert ; pour les dix autres, elle était lente, obscure et facilement

déroutée. La faculté de raisonnement, telle est du moins mon impression, d'après la conversation et les actes de ces personnes, était faible le plus souvent, et cela, plus encore que les malades n'en avaient conscience ou qu'ils ne le jugeaient volontiers. Dans cinq cas, la faculté émotive n'était pas lésée d'une manière appréciable, quoique trois de ces malades fussent paralysés à un degré considérable; pour trois autres, cette faculté était un peu compromise; dans quinze, elle l'était d'une façon considérable, et extrêmement dans dix-sept cas. Ainsi, parmi ces derniers, presque tous, soit hommes, soit femmes, ne pouvaient guère répondre à la plus simple interrogation sans répandre des larmes en même temps. Cinq hémiplegiques étaient portés à rire d'une façon immodérée pour la cause la plus futile ou la moins plausible, et pour dix autres, ces deux tendances étaient combinées, c'est-à-dire que les rires et les pleurs s'alternaient comme chez les petits enfants. La faiblesse de la volonté était en rapport avec celle du sens émotif. »

En résumé, l'auteur a constaté que, dans les cas d'hémiplégie simple, les facultés mentales souffrent en général dans un degré plus ou moins accentué, notamment la mémoire, le raisonnement, l'*émotivité* et la volonté.

Ici, il rappelle, pour l'explication des phénomènes de l'aphasie : 1^o l'opinion de Baillarger, qui veut que cette lésion dépende de la perte de la mémoire des mouvements nécessaires au langage articulé, ce qui a porté cet éminent aliéniste français à établir une distinction entre cette forme de souvenir et la mémoire des mots ou de l'écriture; 2^o celle de Trousseau : « Dans l'aphasie, il n'y a pas seulement perte de langage, mais, de plus, altération des facultés de l'intelligence; toutefois, chacune d'elles ne serait pas atteinte à un égal degré : l'entendement serait moins lésé que la mémoire des mouvements pour produire les mots, et cette dernière faculté moins lésée que la mémoire des mots. » Mais M. Robertson, se fondant sur les données de célèbres métaphysiciens et physiologistes : Mill, Max Muller, Schelling, Hegel, Dugald Steward, Descartes, Condillac, Warburton, est positivement d'avis que l'union de la pensée et du langage est intime et nécessaire, et par conséquent, que si la pensée, c'est-à-dire la pensée dans le sens de raisonnement, est conservée dans l'esprit de l'aphasique, les mots le sont également en même temps. Or, les observations si bien détaillées et si bien interprétées par lui, et celles qu'il cite des auteurs de tous les pays, ne peuvent laisser aucun doute sur la conservation de la faculté de raisonnement du plus grand nombre des aphasiques. En un mot, le plus souvent, l'impossibilité de parler n'est pas causée par un oubli des

mots ; ce n'est pas de l'amnésie, contrairement à la manière de voir de Trousseau, notamment.

Il est pourtant certain que parfois il y a réellement perte de la mémoire des mots ; mais laissant de côté, pour quelques instants, cette difficulté apparente, l'auteur dirige l'attention du lecteur sur un autre point du sujet, c'est-à-dire sur quelques considérations anatomiques et physiologiques de certaines parties de l'encéphale, afin de chercher à jeter quelque lumière sur la nature de l'aphasie. Et, pour ne pas se lancer dans le domaine de la spéculation, il se demande d'abord si une lésion de parties dont les fonctions sont connues, ou du moins généralement admises, suffit pour expliquer les phénomènes en question.

D'après le docteur Carpenter, dont les vues lui semblent fondées, les fibres nerveuses de la sensibilité, qui traversent de bas en haut la moelle allongée, et qui sont chargées de transmettre les impressions venant généralement du corps, se terminent surtout dans la couche optique ; les fibres qui gagnent la moelle ont leur origine (pour parler ainsi) dans le corps strié. Les opérations de l'entendement, c'est l'avis général, sont associées à la substance grise de la surface du cerveau. Entre cette substance et les deux grands centres qui viennent d'être mentionnés, se trouve la masse de substance médullaire, analogue aux nerfs par sa structure, et que l'on suppose avoir le même office qu'eux. Le docteur Carpenter estime que les fibres en connexion avec les cellules de la couche optique, vont, par irradiation, aux cellules analogues de la substance grise corticale, où elles se terminent, et qu'un autre système de fibres venant de la surface, et ayant également leur origine et leur terminaison dans les cellules ganglionnaires, convergent vers le corps strié. Les premières, selon lui, portent de bas en haut les impressions sensibles, les secondes transmettent de haut en bas les ordres de la volonté. Ce sont celles-ci qui nous intéressent spécialement ici. Si leur continuité est rompue, supposons par un épanchement apoplectique, ou sont en défaut par une cause quelconque, les impulsions de la volonté n'étant plus transmises au corps strié et aux autres centres coordinateurs, aucune action de la volition ne pourra se manifester.

Dans les conditions normales, les incitations de la volonté doivent varier à l'infini, à cause de l'infinie variété de mots employés par l'esprit pour rendre ses idées ; et dans le cours de la conversation la plus ordinaire, les vibrations le long des fibres nerveuses doivent varier également à l'infini, en force, en caractère, etc., etc., et produire des impressions différentes dans les centres où elles abou-

tissent. Maintenant, si au lieu d'être tout à fait empêchés dans leurs fonctions, les conducteurs sont simplement endommagés; si les canaux de transmission ne sont qu'en partie obstrués, de telle sorte que les incitations de la volonté, puissent encore être portées d'une manière imparfaite, il ne paraîtra pas du tout improbable que les impulsions, quoique parfaites dans leur formation au centre de la substance grise vésiculaire, et se propageant sans altération tant que le milieu connectif reste dans son état normal, subiront une altération au delà de ce point; et n'est-il pas admissible que ces impulsions pourront se changer en celles qui parcoururent le plus fréquemment la même route? Ceci nous donne la clef du retour constant de quelques monosyllabes les plus usuelles comme réponse à toutes les questions, et malgré tous les efforts évidents faits par les aphasiques pour répéter un mot que vous prononcez avec intention devant eux. Évidemment, dans de tels cas, le défaut d'émission du mot convenable n'est pas dû à l'oubli des mots. Ne voit-on pas de ces malades, qui ont les yeux fixés sur un livre, et qui indiquent qu'ils comprennent bien ce qu'ils lisent?

En ce qui concerne le petit nombre d'aphasiques qui sont capables d'articuler les mots sans trop de difficulté, lorsqu'ils sont prononcés et transmis ainsi à leur entendement, le docteur A. Robertson suppose qu'il y a alors un défaut de mémoire inaccoutumé, et que de plus, ce défaut n'est pas uniquement borné aux mots. Il rappelle ici ce qu'il a dit plus haut à propos des quarante hémiplégiques qu'il a si bien observés, qui n'étaient pas aphasiques, dont les facultés mentales étaient plus ou moins altérées, notamment la mémoire, et il en rapproche avec une grande probabilité de raison ce groupe d'aphasiques. Il y a donc ici autre chose qu'un obstacle à la transmission de la volonté pour l'émission du mot, il y a encore affaiblissement considérable de la faculté de la mémoire en général.

Il est un caractère particulier dans l'aphasie, auquel l'auteur a déjà fait allusion, c'est celui appartenant à certains individus qui peuvent exprimer des mots et même de courtes sentences sous l'influence d'une émotion, ce qui leur est impossible lorsqu'ils sont calmes et de sens rassis; l'un des trois aphasiques de l'auteur présentait ce signe à un très-haut degré. En ne perdant pas de vue la lésion mentionnée, dit-il, il n'est pas difficile de se rendre compte de la présence de ce phénomène: mais pour l'expliquer, il pense qu'il est utile de rappeler encore une ou deux données anatomiques.

« Il est maintenant généralement admis qu'il existe beaucoup de séries de fibres nerveuses pour la transmission des sensations indé-

pendantes et des impulsions motrices. Le docteur Brown-Séquard prétend que dans la moelle épinière et les nerfs il y a dix à douze classes, probablement davantage, de conducteurs, en dehors de ceux qui sont affectés à un sens spécial. Le docteur Anstie (*Lettsonian lectures*) adopte cette doctrine, et donne ses motifs pour croire que dans la cinquième paire (*fifth nerve*), il y a six espèces de fibres afférentes, et trois classes d'efférentes dont les fonctions sont isolées, aucune fibre d'une sorte n'étant apte à se charger de l'impression particulière transmise par les conducteurs d'un autre groupe. S'il en est ainsi, nous pouvons en déduire, par analogie, que les fibres médullaires qui relient la substance grise de la surface du cerveau avec les centres sensoriaux, ne sont pas toutes de même nature; très-vraisemblablement elles sont d'espèces distinctes, suivant la fonction spéciale qu'elles sont destinées à desservir. D'après cette hypothèse, un système séparé de fibres peut être affecté, l'un à la volonté, l'autre aux émotions, et il ne répugne pas de supposer que le premier puisse être plus compromis par la maladie que le second. Mais si l'on se refuse à admettre plus d'une espèce de fibres efférentes, pourquoi, lorsqu'elles sont lésées, ne transmettraient-elles pas une forme d'impulsion plus aisément qu'une autre? Par exemple, l'impulsion émotive (sans doute à cause d'une force inhérente plus grande), plutôt que l'impulsion intellectuelle. Dans l'une et l'autre hypothèse, les impulsions développées par l'émotion seraient transmises aux centres coordinateurs, les mettraient en jeu, d'où la production du langage.

» Mais après tout, il est à peine besoin, pour se rendre compte du langage émotif, de supposer que, pour qu'il s'effectue, il soit nécessaire que le stimulant émane de la substance grise périphérique, puisqu'il y a des motifs de penser, suivant le docteur Russell Reynolds, que les émotions sont directement en relation avec les ganglions sensorio-moteurs, ce qui, par conséquent, n'implique pas la nécessité de la transmission supposée plus haut, comme point de départ de la coordination des actes. Dans ce cas, une lésion située au-dessus de ces ganglions ne mettra pas obstacle à la production du langage émotif; au contraire, l'influence de contrôle de la volonté étant annulée, cette forme de langage peut se produire avec une plus grande facilité. »

L'auteur examine ensuite cette condition remarquable de certains aphasiques qui ont conservé le pouvoir d'exprimer leurs idées par l'écriture. Souvent la paralysie du côté droit met obstacle, on le sait, à ce que les aphasiques puissent communiquer leurs pensées par ce moyen; mais, de plus, alors que l'aphasie existe seule, ou

que la paralysie est faible, ces malades ne sont pas plus capables d'écrire que de parler. Dans les cas où il n'en est pas ainsi, la théorie de l'amnésie est tout à fait en défaut, difficulté qui embarrasse beaucoup Trousseau et le docteur Gairdner, qui l'ont soutenue. Le docteur Robertson explique, par les notions émises plus haut, le phénomène en question. « J'ai dit que probablement il existe différentes espèces de conducteurs dans la substance médullaire des hémisphères. Le langage est une fonction si importante qu'on peut concevoir qu'elle a un système de fibres à part pour transmettre les impulsions de l'esprit et en effectuer la manifestation. Dans cette supposition, l'impulsion pour l'écriture peut être transmise par un autre ordre de fibres, et cela avec d'autant plus de probabilité que tout doit faire présumer qu'il y a des centres distincts pour l'articulation des mots et pour les mouvements des doigts. Les deux systèmes de conducteurs peuvent être accolés, pour ainsi dire, de telle sorte qu'ils sont en général impliqués tous deux dans la même lésion ; mais dans quelques cas rares, celui que je suppose affecté à la transmission de l'impulsion pour l'écriture peut rester intact, et alors les mots conçus par l'esprit peuvent être transmis. »

Même explication pour les gestes, qui-parfois sont possibles et parfois ne le sont pas.

La question d'anatomie pathologique n'est pas traitée avec moins de soin que ce qui précède. Le docteur Robertson établit d'ailleurs, qu'à l'exception de quelques cas rapportés par Trousseau et les docteurs Hughlings Jackson et Crichton Browne (il passe les faits douteux), on n'a pas noté la perte du langage articulé avec l'hémiplégie du côté gauche ; que l'on est d'accord pour admettre que la paralysie associée à l'aphasie est le résultat d'une même lésion dans l'hémisphère gauche ; mais que la certitude et l'entente sont moins complètes lorsqu'il s'agit de déterminer quel est le point précis compromis, puisque la circonvolution frontale externe a été trouvée indemne, ce que Broca lui-même a vu et signalé, ainsi que Trousseau, Gairdner et Hillairet. Toutefois, dit le docteur Robertson, il est à remarquer que chaque fois qu'une altération de structure a été notée, la substance médullaire ou conductrice a toujours été trouvée compromise. Jamais, en un mot, la substance corticale n'aurait été seule atteinte ; tandis que chez les aliénés, notamment les paralytiques généraux, où la substance grise est si souvent altérée, l'aphasie est certainement un accident peu commun. Aussi, pour lui, la lésion anatomique la plus uniforme de l'aphasie est celle de la substance blanche (fibres conductrices) de l'hémisphère cérébral. Les faits du docteur Vulpian cités par Trousseau, celui du

docteur Dodgson, viennent à l'appui de cette manière de voir. Il fait remarquer de nouveau que ces aperçus sont contraires à l'hypothèse de l'amnésie, qui suppose une lésion d'une faculté de l'esprit, lésion qui devrait nécessairement être liée à une altération de la substance vésiculaire (corticale) des circonvolutions, où (nous avons toute espèce de raison de le croire) les phénomènes intellectuels trouvent la raison de leur manifestation. Or, puisque nous voyons la lésion de la circonvolution spéciale, lorsqu'elle est bornée à la substance grise, ne pas impliquer nécessairement la perte de langage, une constante altération du système des fibres blanches porte fortement à faire supposer que l'altération consiste essentiellement dans un défaut de transmission.

D'après cela, l'effet sera toujours produit, quel que soit le point où ces fibres se trouveront lésées, soit près de leur origine dans les circonvolutions, soit près de leur terminaison dans les centres coordinateurs. Ces fibres étant rompues sur un point quelconque de leur parcours, les incitations de la volonté ne peuvent plus être transmises, ni les mots articulés, au moins dans leur mode ordinaire.

Dans cet ordre d'idées, il est digne de remarque que l'hémiplégie, perte du pouvoir locomoteur, accompagne presque constamment l'aphasie, fait qui par lui-même semble indiquer que l'aphasie est d'une nature analogue. Baillarger avance que l'aphasie tient à la perte de la mémoire des mouvements nécessaires pour l'articulation ; mais, dit le docteur Robertson, « cette théorie exigerait d'abord qu'on démontrât l'existence de cette forme de mémoire ». Il n'admet pas non plus l'hypothèse de Lordat, qui attribuait la perte de la parole à un changement morbide dans les centres coordinateurs du langage ; s'il en était ainsi, fait-il remarquer, il devrait y avoir de l'imperfection dans l'articulation, ce qui n'a pas lieu : il n'y a pas de bredouillement dans l'expression des mots, quelque restreint que puisse être le vocabulaire de ces malades ; règle générale, les mots sont prononcés clairement et distinctement.

Le docteur A. Robertson se demande ensuite si ses aperçus et les vues qui précèdent ont jeté quelque lumière en ce qui concerne la localisation de la lésion. En admettant qu'ils soient fondés, il craint qu'une difficulté n'ait été substituée à une autre difficulté. « Nous aurions écarté toutefois par là la nécessité de supposer qu'une faculté mentale spéciale est confinée dans un point déterminé d'un seul côté du cerveau ; car, conformément à l'hypothèse, l'esprit peut être considéré comme opérant comme un grand ensemble, en connexion plus spéciale avec la substance vésiculaire des circonvolu-

tions, tandis qu'à un certain point des hémisphères, il transmet les commandements de la volonté aux centres coordinateurs, à l'aide de systèmes de fibres spéciaux. » Les conducteurs de l'articulation, d'après ce qui précède, s'uniraient probablement avec les cellules ganglionnaires de la surface encéphalique, dans la région de la circonvolution frontale externe, et de là, convergeraient vers le corps strié.

Reste à expliquer pourquoi ces conducteurs seraient unilatéraux. Le docteur Moxon a donné de ce phénomène une théorie ingénieuse : selon lui, l'association éducatrice des mouvements se concentre seulement dans le côté gauche du cerveau, tandis que le côté droit reste dans un état d'incomplet développement. Ce système est fondé sur l'attention supérieure donnée aux mouvements de la main droite comparativement à la gauche ; et, comme il en serait de même pour la partie droite de la langue, la mémoire s'accumulerait dans le côté gauche du cerveau, où il pense que l'attention est fixée. Il s'ensuivrait que les personnes accoutumées à se servir de la main gauche devraient, lorsqu'elles sont aphasiques, présenter l'hémiplégie à gauche. Mais, se dit le docteur Robertson, comment se fait-il alors que chez un de mes malades, même après dix-neuf ans, l'attention ayant dû être transférée sur les extrémités gauches, la mémoire ne se soit pas graduellement établie dans l'hémisphère droit ?

D'ailleurs, il répugne tellement à l'auteur d'admettre que le fonctionnement cérébral n'est pas symétrique, et qu'il y a, pour ainsi dire, des organes dans un côté du cerveau qui n'existent pas dans le côté opposé, qu'il se rattache volontiers à toute explication écartant la supposition de l'inconsistance dans l'arrangement de la divine sagesse, qui aurait créé des organes pour ne pas accomplir les fonctions qui leur étaient affectées. Il avance donc avec beaucoup d'hésitation (et en faisant de plus remarquer que les examens nécroscopiques ne sont peut-être pas favorables à son hypothèse) que lorsqu'il y a une hémorragie ou un ramollissement dans l'hémisphère droit, les filets conducteurs affectés au langage échappent à la lésion, en vertu probablement d'une différence anatomique légère et encore inaperçue, dans les dispositions vasculaires des deux hémisphères. « En admettant, par exemple, que ces fibres conductrices occupent seulement une très-faible portion de la substance médullaire, il est évident que si la lésion est située immédiatement devant leur trajet ou en arrière, elles ne seront pas intéressées ; une différence d'une ligne ou deux suffirait pour produire ce résultat. Une légère modification anatomique dans d'autres organes bi-

latéraux suffit, assure-t-on, pour exposer l'un plus fréquemment que l'autre à certaines maladies. Ainsi, le cordon testiculaire gauche est plus souvent exposé que le droit au varicocèle, ce qui serait dû, présume-t-on, à l'angle de jonction de la veine spermatique qui, à gauche, s'abouche dans la veine rénale, et, à droite, dans la veine cave inférieure. »

Enfin, l'auteur fait observer que le nombre d'autopsies d'aphasiques est encore bien restreint, et qu'il ne faut pas perdre de vue que l'on possède des observations incontestables d'hémiplégie gauche avec coïncidence de perte de la parole. Sans doute, on a supposé qu'alors il y avait lésion dans les deux hémisphères, la lésion à droite produisant l'hémiplégie, celle de gauche l'aphasie; mais l'examen nécroscopique est contraire à cette interprétation, de sorte qu'il est possible que les deux accidents soient le produit d'une altération dans le côté droit du cerveau seulement.

Le travail si intéressant dont je viens de faire l'analyse se résume ainsi : dans l'aphasie, le phénomène ne consiste pas dans une lésion *mentale*, mais bien dans une lésion *motrice*. En terminant cette étude si complète, et qui offre plus d'un point original, M. A. Robertson ne néglige pas d'indiquer que MM. Letourneau et Cerise avaient émis avant lui l'opinion que l'aphasie peut être partiellement due à un défaut de transmission. Mais il n'avait nulle connaissance de ce fait lorsqu'il a présenté son mémoire à la réunion de la Société médico-chirurgicale, à Glasgow (avril 1866). D'ailleurs, les auteurs français qui viennent d'être cités attribuent l'aphasie à diverses causes. M. Letourneau, par exemple, en désigne cinq; tandis que pour M. Robertson, il n'y aurait que celle qui vient de faire l'objet de cette discussion importante.

5° Le chapitre des observations cliniques renferme trois cas de lésions graves chez des aliénés, rencontrées récemment par le docteur Lauder Lindsay. Il s'agit d'abord d'un corps osseux isolé dans la substance cérébrale, accident sinon unique, du moins rare, dit-il, parmi les insensés et les personnes d'esprit sain; vient ensuite un exemple type d'affection de Bright chronique, affection considérée comme très-peu commune chez les aliénés; le troisième cas est un étranglement du côlon, avec cancer abdominal étendu, et d'autres dégénérescences mettant parfaitement en vue ce fait du peu de retentissement qu'ont parfois sur l'économie les altérations organiques les plus profondes chez les insensés.

M. Lauder Lindsay ne rapporte pas ces observations comme des altérations concernant spécialement ces malades, ou pour aider au

diagnostic de la folie, ou enfin, comme ayant la moindre relation avec le dérangement mental. D'ailleurs, il n'admet pas, dans l'état actuel de la science, qu'il y ait aucune lésion de structure, ou organique, qui soit particulière à l'aliénation ou à son diagnostic ; il n'en excepte pas même les altérations de la substance corticale dans la paralysie générale.

Tout en reconnaissant avec cet éminent praticien que les recherches microscopiques et les analyses chimiques, qui peuvent jeter un si grand jour sur cette question, sont encore loin d'avoir atteint les perfectionnements indispensables pour de pareilles études, il suffirait de citer ses utiles travaux et ceux tout récents de son compatriote le docteur H. O. Sankey pour faire le procès d'un scepticisme un peu trop absolu.

6° L'article *Revue* renferme quelques pages qui sont le commentaire des rapports des commissaires des inspections générales pour les aliénés du Royaume-Uni : Angleterre, Écosse et Irlande (année 1866). Le docteur Maudsley a semé son analyse de remarques judicieuses et d'aperçus d'une haute portée philosophique, économique et professionnelle. Malheureusement, l'espace qui m'est réservé ne me permettra pas de le suivre pas à pas, et de dépasser avec lui les limites de la statistique.

Au 1^{er} janvier 1866, l'Angleterre, y compris le pays de Galles, comptait dans les asiles 30 869 aliénés (augmentation depuis le 1^{er} janvier 1865, 1444) ; soit, 14 630 hommes et 16 239 femmes ; 24 995 étaient indigents, 5874 étaient entretenus au compte de leurs familles. Parmi les malades au compte des familles, il y avait plus d'hommes que de femmes, 788. Le neuvième seulement de tous ces insensés paraissait susceptible de guérison. A ce chiffre, il faut ajouter 9756 aliénés placés dans les workhouses, 227 autres à domicile, inscrits conformément aux statuts ; et, enfin, tous ceux qui ne sont pas déclarés.

L'insuffisance des places dans les asiles de comté, de bourgs, etc., est signalée ; le remède indiqué est la création de nouveaux établissements, surtout pour les localités qui en sont dépourvues, et l'agrandissement de quelques-uns de ceux qui existent. Ces mesures sont l'opposé de celles recommandées par les inspecteurs généraux de l'Écosse, comme on va le voir plus loin, notamment par l'un d'eux, M. le docteur Mitchell, auteur, à cet égard, de rapports excessivement remarquables.

Il y a aujourd'hui 688 workhouses en Angleterre avec le pays de Galles, dont 104 offrent des quartiers séparés pour les aliénés. Les

inspecteurs sont d'avis que les autorités de quelques-uns de ces établissements ont assez fait pour démontrer « qu'un plus grand nombre d'imbéciles et de cas anciens et chroniques de folie, pourrait sans inconvénient y être entretenu. »

Le chapitre des accidents mentionne un meurtre commis par un aliéné sur un autre malade, dans un asile de comté, et un décès survenu à la suite de mauvais traitements subis dans un *workhouse*.

Les certificats d'admission ne sont valables que s'ils ont été rédigés ou au moins visés par un praticien d'Angleterre, de sorte que, si un praticien écossais ou irlandais veut envoyer un de ses clients dans un établissement d'Angleterre, il faut qu'il l'accompagne lui-même. Il n'y aurait rien d'étonnant, dit spirituellement le docteur Maudsley, qu'en y regardant de plus près, on ne prît des mesures semblables en Écosse et en Irlande, à l'égard des certificats des médecins anglais ; ce serait là un nouvel exemple du décousu, de l'incohérence, du désaccord de la législation, lequel, après tout, ne surprendrait pas ceux que l'expérience a mis au courant des résultats discordants d'une législation indépendante pour les différentes parties du royaume dit Royaume-Uni.

Le nombre total des insensés en Écosse était de 6468, dont 3005 individus du sexe masculin et 3463 du sexe féminin, soit 1076 au compte de leurs familles et 5392 indigents. Parmi ces derniers, 1630 étaient placés dans des maisons particulières ; parmi les pensionnaires, il n'y en avait que 21. Depuis quelques années, une assez large et continuelle augmentation de population indigente s'est produite du côté des asiles, tandis qu'il y a eu une faible diminution du côté des habitations particulières.

Un tableau du comité d'inspection donne la moyenne du prix de journée : elle est de 1 fr. 57 c. dans les asiles publics de district, de 1 fr. 60 c. dans les asiles particuliers, de 1 fr. 25 c. dans les *workhouses*, et de 60 centimes dans les maisons privées.

Les vues du comité d'Écosse, en ce qui regarde ce qu'on peut faire actuellement pour les aliénés, et pour porter remède à l'encombrement des asiles, diffèrent du tout au tout de celles des inspecteurs anglais. Le comité écossais veut que l'on insiste pour obtenir la coopération des autorités paroissiales, afin de caser convenablement quelques catégories d'aliénés, surtout dans des maisons de simples particuliers. Ici comme plus haut, à l'appui de cette idée, le docteur Maudsley cite des paragraphes du très-remarquable travail du docteur Mitchell, qui, dit-il, est étayé de faits saisissants, et exposé dans un style calme, clair, tempéré. Le comité n'a pas noté qu'il y ait eu d'agression ni de suicide parmi cette catégorie

d'insensés. La mortalité a été très-inférieure à celle des aliénés placés dans les quartiers d'hospices autorisés à recevoir les cas chroniques et incurables, c'est-à-dire la même classe que ceux qui vivent dans les maisons particulières.

« Il se trouve actuellement, ajoute le docteur Mitchell, 15 000 pauvres incurables et imbéciles en Écosse, vivant dans les maisons particulières, pour le soin desquels, à mon avis, on a pris des précautions suffisantes, et dont la situation heureuse et le bien-être ne pourraient être augmentés par aucun autre mode d'arrangement. Leur vie est plus complète et leur existence plus prolongée que si on les eût dirigés sur des hospices ou des asiles ; les laisser où ils sont est l'indication et la plus humaine et la plus économique. »

Il est impossible qu'une cause soutenue par un avocat aussi consciencieux et aussi éloquent ne rallie pas à elle un certain nombre d'aliénistes, et le docteur Maudsley est en voie d'être convaincu, tandis que son collaborateur du *Mental Science*, le docteur Robertson, pose de fortes réserves, et s'est élevé avec raison probablement, contre ce résultat économique surprenant, de l'entretien d'un aliéné dans une habitation particulière, à raison de 60 centimes par jour. Toutefois, des goûts et des pays il ne faut pas discuter, et si, 60 centimes dans certains districts de l'Écosse représentent, par exemple, 1 franc en Bretagne ou dans quelques contrées du midi de la France, le miracle n'est pas absolument impossible. Mais ce n'est là qu'un côté d'une question bien complexe : il ne faut pas oublier, du reste, que le comité d'inspection écossais n'a en vue, ici, que les imbéciles et les aliénés déments, calmes et inoffensifs.

Vers la fin de leur très-excellent rapport, les commissaires émettent le vœu qu'on facilite, par certaines dispositions, l'entrée volontaire dans les asiles, sans l'intermédiaire du shérif, à ceux qui ne peuvent résister à leur déplorable penchant pour la boisson. Ici, le docteur Maudsley intervient d'une façon pleine d'humour : les dipsomanes, dit-il, sont aussi embarrassants que le nègre ; et c'est un problème difficile à résoudre que de trouver ce qu'il faut en faire et ce qu'il faut faire pour eux. Il a toujours vu ces malheureux, dès qu'ils sont libres, se plonger de nouveau dans leurs funestes habitudes ; rien n'y fait, et il s'est senti parfois entraîné vers cette opinion désespérée qui veut que le meilleur moyen consiste à laisser l'ivrogne boire à sa guise et sans s'arrêter, jusqu'à ce qu'il soit arrivé à la tombe qu'il creuse de ses propres mains.

Au 1^{er} janvier 1866, on comptait en Irlande 8845 aliénés inscrits (573 de plus que l'année précédente) ; les sexes étaient ainsi répartis : 4403 hommes et 4442 femmes. Les asiles publics en renfermaient 4835 ; 2733 étaient dans les hospices, 505 dans les prisons et 583 dans les asiles privés ; 64 à Lucan, au compte du gouvernement, et 125 dans l'asile central, pour les insensés criminels. Il s'en trouve encore dans les provinces une infinité que l'on n'a pu pourvoir convenablement, et qui ne reçoivent ni traitement ni soins convenables.

Il semble donc que le nombre des aliénés s'accroît en Irlande, malgré la diminution de la population générale par l'effet de l'émigration et par d'autres causes.

Les inspecteurs insistent pour que les asiles, qui sont, avant tout, des maisons de traitement, ne soient pas transformés en hospices. Ils croient que, pour les cas chroniques et incurables, on pourrait prendre certaines dispositions dans les workhouses ; mais les commissions de ces derniers établissements opposent une certaine résistance, et ne veulent pas entendre parler d'aliénés, quelque tranquilles et incurables qu'ils puissent être.

Le prix de journée des asiles est d'environ 30 pour 100 moins élevé en Irlande que dans les asiles d'Angleterre.

L'idiotie serait, d'après les inspecteurs, très-rare en Irlande ; mais il y aurait beaucoup de déments, suite d'épilepsie et de maladies mentales. En ce qui concerne les imbéciles, le comité est d'avis que cinq fois sur six « ils peuvent jouir de leurs droits sociaux, de la liberté personnelle, et remplir les autres obligations de la vie civile, avec sa responsabilité ». Les droits sociaux et la responsabilité d'un paysan irlandais ! dit finement le docteur Maudsley, ne sont pas sans doute d'une bien haute portée dans un grand nombre de localités de cette contrée, considération qui rend cette déclaration beaucoup moins extraordinaire qu'elle ne le paraît au premier abord. Du reste, il ajoute qu'il en est probablement ainsi parfois en Angleterre ; et il lui semble qu'il a vu, par-ci, par-là, dans les asiles, de pauvres hères qui étaient détenus comme de vrais déments ou imbéciles, et qui appartenaient simplement à la classe déshéritée des laboureurs dont le *béotisme stupide* n'est pas toujours soupçonné par les chefs des asiles.

En Irlande comme en Angleterre, il y a un besoin pressant de créer ou de disposer des asiles pour les insensés dont les ressources sont médiocres, et qui ne peuvent être adressés ni aux établissements pour les classes riches, ni à ceux consacrés aux indigents. Ces malades restent chez eux sans traitement moral et médical, sans

soins convenables, ou bien ils sont placés chez des *logeurs*, où leur condition est peut-être pire encore.

Le docteur Maudsley rappelle ici les mesures prises en Écosse pour les aliénés placés dans les habitations des particuliers; et croit que l'Irlande pourrait suivre la même voie avec avantage.

Sous ce titre : *Désordres émotifs (emotional disorders)* du système nerveux sympathique, le docteur W. Murray (de Londres) a publié en 1866 un essai important, quoiqu'il n'émane pas, à proprement parler, d'un homme de notre spécialité. Mais, malgré les désidérata qu'il peut contenir, et certaines allégations qu'on peut refuser d'accepter, c'est un travail fort remarquable.

Il ne serait pas sans intérêt de pouvoir comparer cet essai avec celui publié dernièrement par le docteur Morel sur le même sujet, et de découvrir lequel des deux auteurs a attribué le plus grand rôle au nerf grand sympathique, dans une série d'accidents encore mal étudiés peut-être, mais dont plusieurs, assurément, sont dépendants de troubles cérébraux, soit au début, soit dans une phase qui n'aboutit jamais à une folie complète; ou, enfin, d'affections d'un tout autre ordre, et prenant plus tard des caractères qui ne permettent plus l'erreur : phthisie, cancer de l'estomac, myélite, etc., etc.

JOURNAUX ITALIENS.

Archivio Italiano, 1867.

(Analyse par M. **BRIERRE DE BOISMONT**.)

A M. le commandeur docteur B. Trompes, ancien président de l'Académie de médecine de Turin, et l'un des fondateurs du manicomie de cette ville

Avant de rendre compte de l'*Archivio* de cette année, comme je n'ai cessé de le faire pour l'*Appendice psichiatrica*, je sens le besoin de vous exprimer ma reconnaissance. La distinction que m'a accordée votre gouvernement est un lien de plus qui m'attache à votre belle patrie. Mais si j'ai été profondément touché de ce titre honorifique, c'est que je savais la part que vous aviez prise à cette nomination. Vous en avez encore augmenté le prix en m'annonçant qu'elle serait très-bien accueillie de vos compatriotes, dont j'avais

fait connaître plus que personne les ouvrages à la France savante, et dont j'avais constamment soutenu les droits.

Aucune récompense ne pouvait m'être plus agréable que celle qui avait pour mobile l'estime et l'approbation de mes pairs ; recevez-en tous mes remerciements que j'adresse aussi à mes confrères d'Italie.

SOMMAIRE. — Idées pour une loi sur les aliénés ; leur présence devant les tribunaux correctionnels et criminels. — Folies du vol et de l'incendie. — Simulation de la folie. — Manicomes à quartiers séparés (asylum cottages). — De la folie raisonnante. — Premières lignes d'une statistique des manicomes d'Italie. — De l'influence des conditions météorologiques sur les aliénés. — Perte de la mémoire des noms et des lettres de l'alphabet ; guérison par l'exercice continu. — Lettre à M. Verga sur la folie raisonnante.

Février et avril. — C. Castiglioni, *Idées pour une loi sur les aliénés. Leur présence devant les tribunaux correctionnels et criminels.* — Dans cet article qui est la continuation du précédent (1866), l'auteur démontre l'utilité de consulter les médecins spécialistes lorsqu'il est question, dans la cause, d'une maladie mentale. Il y a sans doute encore des légistes, comme en Angleterre, qui prétendent que la folie n'est pas une maladie ; cette opinion peut aller de pair avec celle des personnes religieuses attardées, qui croient qu'on rend la raison avec les exorcismes, et que les médicaments sont complètement inutiles. C'est un miracle qui ne le céderait en rien à d'autres de même force, surtout lorsqu'il s'agit de traiter par ce moyen des individus, devenus aliénés avec les dégénérescences successives de deux ou trois générations, quelquefois même plus. Il faut cependant reconnaître que beaucoup de ces malades sont soustraits aux peines de la loi, parce que les médecins parviennent à prouver aux magistrats et aux jurés leur état morbide. Nous avons mis en évidence ces heureux résultats dans le numéro de novembre 1867, des *Annales médico-psychologiques*, où nous avons publié notre mémoire sur les progrès de la médecine mentale en France, dans les questions judiciaires. Le travail entrepris par M. Castiglioni, a sa place à côté de ceux des médecins légistes de France, d'Angleterre, d'Allemagne, des États-Unis, et il confirme, dans plusieurs de ses propositions, celles qui sont savamment exposées par MM. Mittermaier, Ortolan, Faustin Hélie.

C. Livi, *Attentats contre les choses. De la maladie incendiaire ou pyromanie ; de la kleptomanie.* — Il y a quelques années, les aliénistes frappés d'un fait vrai, l'existence de certaines tendances dangereuses, en avaient fait des entités. On décrivait des monomanies

homicide, suicide, incendiaire, voleuse, etc. Une étude plus approfondie a démontré que presque toujours ces folies isolées n'étaient que des symptômes qui rentraient dans le fond commun, aliénation mentale. Mais comme il faut, cependant, que l'exception vienne se placer à côté de la règle, on s'est aperçu qu'on avait trop généralisé cette dernière proposition. Les irrésistibilités contre lesquelles les magistrats et les moralistes avaient protesté par intuition et souvent avec raison, ont trouvé des analogues dans l'ordre physique. Nous avons lu dans un recueil de médecine fort estimé, les *Archives générales*, l'observation d'un homme qui se mit brusquement à courir sans pouvoir s'arrêter. Le conseiller Lemke, dont Casper a rapporté l'observation, se leva tout à coup au milieu de la nuit, saisit sa femme et voulut la jeter par la croisée. Le lendemain, il n'avait gardé aucun souvenir de l'événement. Talleyrand, réfugié en Amérique, lors de la première révolution, se promenait avec son ami B..., sur les remparts de New-York. L'expression de la physionomie de son compagnon produisit sur lui une telle impression qu'il l'apostropha en ces termes : Misérable ! tu veux me tuer ! L'autre resta immobile, effaré, fondit en larmes et avoua à Talleyrand que cette idée l'avait assailli inopinément, et qu'il n'attendait que le moment propice pour le jeter à la mer. Depuis il ne fut jamais question de cette scène entre eux (1).

Nous pourrions emprunter des faits d'irrésistibilité à notre propre pratique, et nous en avons cité dans l'ouvrage sur le suicide, mais cela nous écarterait du sujet traité par M. C. Livi. L'auteur établit qu'un aliéné peut incendier : 1° par suite d'hallucinations et d'illusions ; 2° de manie ou de lypémanie ; 3° de monomanie intellectuelle ou d'idée fixe ; 4° enfin de monomanie instinctive.

M. C. Livi consigne plusieurs exemples intéressants de cette tendance à l'incendie, mais dans des cas où il existait des manies, des lypémanies, des démences, des imbécillités et des hallucinations. Il fait observer que, dans ces circonstances, la tendance incendiaire ne présente pas de grandes difficultés. Il n'en est plus ainsi dans la folie instinctive ; il faut alors tenir compte de l'âge ; les annales de Klein montrent, en effet, que des incendies ont été allumés par des enfants qui avaient obéi à l'instinct d'imitation. Le sexe doit aussi être pris en considération, à raison de l'influence de la menstruation, de l'âge critique, de la grossesse, de la parturition et de l'allaitement. Plusieurs fois, dans ces circonstances, on a noté l'instinct du vol, des boissons ; la pyromanie peut aussi en être la consé-

(1) *Des hallucinations*, 3^e édit., p. 294, 1862.

quence, ce qui a, d'ailleurs, été constaté. On trouve dans les Annales de Henke des observations appartenant à cette catégorie.

M. C. Livi recommande d'étudier, dans les faits de ce genre, les antécédents des individus, leur état physique et moral, les influences sous lesquelles ils peuvent se trouver, en un mot, toutes les circonstances qui mettent en évidence l'état réellement maladif de l'incendiaire, et surtout les symptômes de la folie. Un second mémoire de l'auteur contient des faits à consulter sur la manie du vol. Nous l'avons surtout observée dans la paralysie générale. Un homme estimé dans son pays, d'un caractère mélancolique, est venu se faire traiter par nous, parce qu'il était poussé à s'emparer de tous les objets qui se trouvaient sous la main, ce qui lui avait occasionné des scènes pénibles. Il causait tranquillement, mais il disait que ses idées s'obscurcissaient à chaque instant; observé pendant longtemps, il nous a été impossible de rattacher cette impulsion malade à une folie connue; nous avons trouvé seulement un léger affaiblissement des facultés.

Lombroso, *Diagnostic psychiatrico-légal, à l'aide de la méthode expérimentale. — Manie simulée par un monomane, suivie de son autobiographie.* — Le 14 février 1866, l'épicière Guagnini était assassinée, à Pavie, par un inconnu, le soir dans sa boutique. Pendant plusieurs jours, la justice avait fait d'infructueuses recherches, quand un cordonnier se présenta à la questure, déclarant qu'il était l'auteur de l'homicide. Il prétendit avoir tué cette femme, à cause des persécutions dont elle l'accablait et de son refus de lui accorder sa fille en mariage.

Au premier abord, on crut à la folie, parce que les persécutions dont il arguait n'avaient rien de réel; mais comme ceux qui connaissaient Farina, c'était le nom du meurtrier, ne lui avaient jamais entendu parler de ces persécutions, on soupçonna qu'il simulait la folie. Cette opinion se fortifia à raison des précautions qu'il avait prises pour commettre le meurtre, échapper aux recherches, et de ses aveux mêmes qu'on attribua à l'influence de la confession. Les soupçons s'aggravèrent, quand il se mit à nier ce qu'il avait avoué et affirmer qu'il avait perdu la mémoire. La croyance à la simulation prit encore plus de force, quand on lui vit faire des actes complètement opposés à son caractère, qui était très-taciturne. Il prétendait qu'il était fou, jetait ses souliers contre les murs pendant la nuit, s'en servait pour boire, criait qu'il voyait des singes, des abeilles qui lui entraient dans la tête; il troublait le repos de ses compagnons; introduisait des pailles dans les fentes, en disant que, par ce moyen, il faisait venir sa bien-aimée; saisissait les gardiens par le cou quand

ils le menaçaient, et paraissait satisfait, lorsqu'ils admettaient sa folie. Les renseignements apprirent à M. Lombroso que le grand-père de Farina avait été épileptique, hémiplégique, taciturne, et que la grand'mère avait eu de violentes céphalalgies, à la suite desquelles elle était devenue stupide. Son père lui-même avait été, pendant quelque temps, atteint du délire de persécution, et était resté irascible, violent, sujet, dans sa vieillesse, à des vertiges. Une fois il avait, dans un accès de colère, tenté de se suicider, et était mort en délire. Sa mère avait eu des convulsions et la chlorose dans sa jeunesse ; son caractère était bizarre et taciturne ; un oncle paternel était crétin, presque sourd et goîtreux. Le fils de cet oncle était épileptique, demi-crétin et sa fille crétine. Un autre oncle paternel était taciturne et avait un fils appelé le *fou*, qui avait lui-même donné le jour à un fils mort épileptique et à un autre demi-crétin. Un second fils de cet oncle était mort phthisique et avec le délire de persécution. Une de ses filles avait été deux fois maniaque. Une tante paternelle était très-bizarre et souffrait de convulsions. Le meurtrier avait eu des hallucinations de l'ouïe. A sept ans, il avait reçu de son père un coup à la tête, dont il fut malade pendant dix jours. A peine guéri, il fit une chute qui aggrava la première blessure ; la cicatrice était encore visible.

L'auteur de l'observation s'est appesanti avec raison sur ces détails qui prouvent l'influence de la folie dans les familles et les nombreux états nerveux et diathésiques, avec lesquelles elle peut s'associer. Le passage subit de la folie mélancolique hallucinatoire avec délire de persécution à la folie maniaque, inspira des doutes à M. Lombroso. En interrogeant le malade, il acquit la conviction que tous ses actes insensés avaient pour but de ne point être envoyé aux assises, ce qu'il avoua au médecin, en lui affirmant qu'il n'était pas fou. « Je vous ai dit la vérité, ajouta-t-il, parce que j'ai vu que vous vouliez me sauver ; je préfère le manicomme à la Cour d'assises, et je désire surtout être débarrassé de mes compagnons. » Questionné sur la maladie mentale qu'il ne pouvait simuler, il la nia, et soutint que ses persécutions, ses hallucinations étaient vraies. Il déclara qu'en venant se dénoncer, il croyait que la questure le débarrasserait de ses ennemis. Farina présentait, en outre, quelques symptômes physiques de son état, il y avait une immobilité de l'iris et des mouvements fibrillaires des muscles de la face.

On constata chez lui le fait commun du retour de la tranquillité, quand il eut tué la Guagnini, mais ce calme dura peu. Reconnu fou par les médecins, opinion partagée par le tribunal, il fut envoyé au manicomme où il cessa de simuler la manie, et écrivit une biographie,

qui ne laissa aucun doute sur la réalité du désordre de ses facultés, et fournit d'utiles renseignements sur la marche de la maladie.

Juin. — Biffi, *Sur les manicomés à quartiers séparés*. — L'institution des pavillons séparés est préconisée par M. Biffi, qui voudrait voir réaliser, en grand, pour les pauvres, la disposition adoptée par Esquirol dans son établissement privé. C'est aujourd'hui la tendance des médecins spécialistes ; mais pour que cette organisation s'applique aux pauvres, il faut d'abord qu'elle ait lieu dans l'asile principal, afin qu'on en connaisse bien les effets ; et lorsqu'on fera franchir les portes de l'établissement aux malades tranquilles pour les placer dans les maisons environnantes, construites à dessein, ou chez des habitants, préparés à cette mission, nous croyons qu'il sera indispensable que ces nouveaux colons restent soumis à la surveillance du médecin en chef qui, seul, peut éclairer, par son expérience, beaucoup de cas difficiles.

Août. — Andrea Verga, *De la folie raisonnante*. — Nous examinerons ce sujet dans un article à part, l'auteur ayant bien voulu nous demander des explications.

Novembre. — *Premières lignes d'une statistique des manicomés d'Italie*, par les rédacteurs de l'*Archive italien*. — En 1830, nous publions, dans le journal complémentaire des sciences médicales, un article intitulé : *Des établissements d'aliénés en Italie*. Il contenait une statistique de vingt-cinq établissements publics et particuliers que nous avions visités. Le chiffre des aliénés était de 1705 hommes et de 1736 femmes, ce qui formait un total de 3441. Depuis, dans d'autres voyages, nous n'avons cessé de faire appel au gouvernement pour mettre ses asiles en rapport avec les besoins actuels, et aux médecins pour les engager à publier une statistique appropriée aux besoins de la science. C'est un essai de ce genre dont nous allons donner le résultat. Cette nouvelle statistique comprend 40 asiles publics et particuliers. Au 21 décembre 1866, 4434 hommes et 3831 femmes se trouvaient présents dans ces établissements, ce qui donne un total de 8262, chiffre bien supérieur au nôtre, parce qu'il est le résultat du concours d'un grand nombre de médecins, et qu'il annonce qu'une proportion plus considérable de ces malades a été admise. Pour n'en citer qu'un exemple, la Senavra qui renfermait, à la fin de 1828, 478 individus, en avait à la même date en 1866, 650. Cette esquisse se complétera, et l'on aura, comme en Angleterre et en France, un tableau réel des malades présents dans les asiles ; mais il faudra y joindre un second tableau, celui des malades restés dans leurs familles, placés encore dans les hôpitaux, existant dans les prisons, et plus difficilement un troisième, com-

prenant ceux qui sont reçus dans les communautés, nouveau débouché qu'ont ouvert aux aliénés les attaques des adversaires des asiles.

C. Lombroso, *De l'influence des conditions météorologiques sur les aliénés*. — Notre confrère a communiqué un aperçu de ce travail à la Société médico-psychologique, dans une des séances du congrès d'août des médecins aliénistes en 1867. Il le développe dans ce numéro de l'*Archivio*, complète les renseignements qu'il avait été obligé de retrancher par défaut de temps, et donne des détails sur la guérison de la folie, les maladies et la mortalité. Il passe ensuite en revue les influences atmosphériques sur l'esprit sain, les hommes de génie et leur naissance. L'Italie devait nécessairement, à ce point de vue, jouer un grand rôle; il suit ensuite cette influence sur la production des suicides, des crimes, des révolutions, et termine son travail par une série de tableaux qui viennent à l'appui de ses remarques.

Antonio Guaglino, *Hémiplégie droite; perte de la mémoire des noms et des lettres de l'alphabet; rétablissement presque complet du mouvement de la mémoire des noms et de la connaissance des lettres, par l'exercice continu*. — Le malade était un notaire, âgé de soixante-huit ans, d'une constitution lymphatique. Après neuf à dix mois de soins, il avait repris l'usage des membres du côté droit, se rappelait les noms substantifs et n'avait plus que rarement recours à un mot qui, dans les commencements, lui servait à tout désigner. Il pouvait écrire, mais il n'était pas capable de lire ce qu'il avait écrit. Le docteur Guaglino conseilla l'exercice journalier et persévérant de la lecture de l'alphabet écrit et imprimé, sous la direction d'une personne patiente; au bout d'un mois, le malade reconnaissait un bon nombre de lettres et la méthode continuant, il fut en état de dicter plusieurs actes à son fils. Il y avait parfois des confusions de lettres, ce qui ne nuisait pas à la netteté de l'intelligence.

Andrea Verga, *Considérations sur la folie raisonnante*. — Monsieur et très-honoré collègue, vous avez publié dans le quatrième fascicule de l'*Archivio Italiano*, 1867, deux articles sur la folie raisonnante, l'un critique, l'autre appréciateur. Je dirai d'abord quelques mots du second, où vous avez cherché à montrer le caractère de l'auteur, la nature de son travail et son but. Tous les médecins d'asiles se sont accordés à déclarer, d'une manière générale dans leurs écrits, que les fous raisonnants étaient le tourment des chefs d'établissements. Nous n'avons pas hésité, malgré des représentations amicales, à faire connaître leurs procédés à notre égard, tels que les dénouciations calomnieuses, anonymes, l'incrimination de

faux dans les écritures, le mensonge sous toutes les formes, l'accusation de violences corporelles, de soustractions de valeurs, d'attentats à la pudeur, les procès en détention arbitraire, les demandes en dommages-intérêts, etc. Nous avons également eu soin d'indiquer que, parmi les attaques mensongères dirigées, depuis plusieurs années, contre les asiles et leurs médecins, et dont la principale origine avait suggéré à un journaliste la pensée de la folie politique, plus d'une l'avait été par d'anciens pensionnaires de nos établissements, des parents de fous, des héréditaires, et même des hommes qui avaient eu des démêlés avec la justice.

Dix-sept ans auparavant, sans être plus influencé par d'autres conseillers timorés qui nous dissuadaient d'appeler l'attention sur des sujets, pouvant nous nuire ou blesser des susceptibilités, nous signalions la mauvaise gestion de la fortune des aliénés par les tuteurs, le défaut de surveillance suffisante par le parquet, et la nécessité de faire intervenir plus directement le ministère public ou le juge de paix (1).

C'était aussi à cette époque que nous écrivions, dans une notice historique sur Leuret : Lorsqu'un homme d'une réputation méritée vient à quitter le monde sans appartenir à l'une de ces sociétés qui, pour nous servir d'une expression de ce temps, ont le droit à l'éloge, le plus ordinairement sa mort retentit dans le vide, et la tombe se referme silencieusement sur lui. D'un autre côté, pour atteindre ce but, honorable sans doute, que d'heures précieuses dérobées aux devoirs et au travail ! que de mécomptes, de blessures, d'humiliations, de sourdes colères qui tuent, quand elles ne rendent pas méchant ! On s'étonne de l'abaissement moral, de la rareté du courage civil : la première, la plus puissante cause de ces maux, est la nécessité où chacun est de se courber sous un patronage quelconque, pour obtenir le plus mince emploi. La science, qui semblerait la région la moins accessible à ce dur esclavage, est, au contraire, celle où son action se fait le plus fortement sentir. On ne saurait se faire une idée des difficultés contre lesquelles viennent se heurter les jeunes gens qui n'ont pas trouvé de protecteurs, et les exemples de ceux qui, avec des talents incontestés, n'ont pu se créer une position et sont morts à la peine, se présentent en foule !

Le travailleur dont vous avez loué les efforts est, vous le voyez, un partisan de la sincérité dans les choses de ce monde ; on pourra

(1) A. Briere de Boismont, *De l'interdiction des aliénés et de l'état de la jurisprudence en matière de testaments dans l'imputation de démence* (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, t. XLVII, 1851).

ne pas partager son opinion, on consultera ses observations parce qu'il les a prises sur nature, les individualités, en médecine, étant, selon lui, les véritables sources de la science. Ce préambule nous a paru nécessaire pour répondre à votre premier article; la critique de la folie raisonnante. Nous soutiendrons ce que nous croyons vrai, sans renier aucune de nos sympathies pour vous; heureux si nos efforts, auxquels vous voulez bien faire appel, parviennent à faire cesser vos doutes.

Vous commencez l'attaque en remarquant que, toutes les désignations de la folie ont pour résultat la déraison, ce qui implique la lésion importante et fondamentale de l'intelligence; or, ajoutez-vous, quiconque a la pratique des asiles et de leurs hôtes est d'une opinion toute différente. Vous invoquez à l'appui de cet argument les raisonnements sensés de beaucoup de ces malades, qui faisaient dire à un homme d'esprit à la fin de sa visite dans un asile privé: Où sont donc les fous? Je n'en ai pas encore rencontré. Votre citation de l'aliéné de Palerme, très-habile mosaïste, chargé d'exécuter les armes de la Sicile, représentées par une tête d'où partent trois rayons de roue, figurant trois jambes, prouve qu'il maniait très-bien l'ironie. Il avait exécuté un petit chef-d'œuvre, à l'exception de la tête qu'il avait remplacé par un bouton. Beaucoup de personnes l'avertirent de sa méprise. Il ne répondit pas; mais un jour fatigué de ces remontrances continuelles: «Imbéciles, s'écria-t-il, je sais ce que je fais, car si la Sicile avait une tête, elle ne se serait pas laissé mettre dans l'état où elle est!»

La logique du raisonnement, vous la retrouvez, comme Esquirol et beaucoup de nous, jusque dans une multitude d'actions extravagantes, de sottises inexplicables qui, mieux approfondies, prouvent l'enchaînement des jugements et des déductions, tirés de fausses prémisses. Vous n'avez garde d'oublier les fous qui savent plus ou moins longtemps dissimuler leurs erreurs pour se soustraire à la prison ou au supplice, ne pas entrer dans un asile ou en sortir, échapper aux recherches et aux prescriptions des médecins, obtenir une faveur ou éviter un châtement, etc.

Fort de ces faits incontestables, vous affirmez que les lésions de l'intelligence dans la folie se réduisent à peu de chose, à une altération partielle. Encore ne faut-il pas perdre de vue que les désordres des sentiments apparaissent les premiers, et que ceux de l'intelligence ne se montrent qu'après. C'est la thèse qu'a soutenue avec beaucoup de talent Guislain, et dont nous avons donné le résumé dans nos esquisses sur ce médecin célèbre; c'est aussi celle du docteur Bucknill, dans ses *Essais psychologiques* sur Shakespeare.

Mais il y a sur ce point une objection importante. Pour ceux qui croient à l'unité de composition de la nature, les sentiments ne sauraient être séparés de l'intelligence. Les discussions qui ont eu lieu sur ce sujet à la Société médico-psychologique n'ont convaincu personne, et il est, en effet, difficile de se figurer le cerveau comme un casier dont chaque partie a une étiquette. Cette lésion qui vous paraît, d'ailleurs, si légère, que vous considérez comme fort secondaire, est pourtant assez forte pour que le malade n'ait plus le pouvoir d'arrêter le torrent qui le submergera, et dont il a souvent la vision au début, lorsqu'il n'est qu'un simple filet. Il y a donc avec la lésion des sentiments une telle atteinte portée à la raison que, malgré son intégrité apparente, elle ne peut plus triompher du trouble des sentiments. C'est l'état de l'individu qui, dans les rêves, voit le danger, veut le fuir, mais reste immobilisé, sans défense, semblable à une statue.

En vous appuyant sur ces arguments, vous vous demandez en quoi consiste la folie raisonnante, que nous avons aussi appelée *folie d'action*? Elle n'est point, dites-vous, un type nouveau, une forme élémentaire de l'aliénation, une variété, puisqu'on l'observe dans tous les types. La plupart des aliénistes la réduisent, dans beaucoup de cas, à une folie incomplète ou légère, commençante ou rétrograde. C'est l'opinion que vous nous prêtez, ainsi qu'au professeur Griesinger. À ce point de vue, affirmez-vous, on ne peut admettre une variété nouvelle à joindre à celles déjà nombreuses contenues dans les traités de maladies mentales, mais seulement une analogie de la raison et de la folie, et une difficulté à distinguer l'homme raisonnable de l'aliéné, quand il conserve l'exercice des facultés syllogistiques. Il est incontestable, en effet, ajoutez-vous, que, dans quelques formes de la folie où la lucidité d'esprit nous frappe de préférence, les sentiments et les instincts sont seuls manifestement lésés.

L'embarras est alors fort grand. Les instincts, les sentiments, les émotions sont si multiples qu'on est très-perplexe pour savoir à quels caractères on peut reconnaître la folie raisonnante. Le délire des actes sur lequel on s'accorde généralement, est-il toujours menaçant pour la société? Aucun aliéniste de bonne foi ne soutiendrait cette opinion. Il y a des aliénés malveillants indubitablement, mais ils sont en petit nombre. S'il en était autrement, le no-restraint et la colonisation n'auraient pas leur raison d'être. Nous laissons de côté, dans votre argumentation, les fous raisonnants qui ont fait de grandes choses, comme Benvenuto Cellini, le Tasse, Pascal et tant d'autres, parmi lesquels vous comprenez probablement Jeanne d'Arc, parce que sur

ce point nous différons complètement d'avis. Il nous faudrait, dans ce cas, revenir sur la question des hallucinations compatibles avec la raison que vous combattez avec beaucoup de médecins, mais qui est aussi défendue par un grand nombre de savants, entre autres par l'illustre Mittermaier, et que nous voyions encore récemment reconnue par le savant professeur de médecine légale de l'Université de Madrid, M. le docteur Mata, auquel nous adressons ici nos remerciements.

Que la dénomination de folie raisonnante, continuez-vous, soit un degré, une phase, une variété de la folie, il me semble que, de tous les titres par lesquels on l'a désignée jusqu'à présent, c'est ce dernier qui mérite le moins d'être conservé. L'absence de ce qui contrindique la folie, la présence de ce qui est le caractère de l'intelligence saine peuvent-ils être jamais données comme symptômes de de l'aliénation? C'est, dites-vous, une formule conventionnelle pour exprimer ces maladies de l'esprit dont les facultés se maintiennent dans les limites les plus faibles de lésions, mais cette formule est contradictoire, elle a, de plus, l'inconvénient d'inspirer la défiance des médecins aux tribunaux. C'est comme si, pour désigner une maladie très-peu prononcée, on l'appelait *maladie saine*. Quiconque entend cette expression pour la première fois, se figure une folie où l'on raisonne continuellement et à propos de tout, une folie babilarde. Le plus curieux c'est qu'on prétend que, dans plusieurs formes de folie raisonnante, il n'y a pas de délire, comme si le délire, dans les aliénations mentales, n'était pas l'analogue de la fièvre dans les inflammations. Il est nécessaire, ajoutez-vous en terminant, de sortir de cette nouvelle tour de Babel.

Nous croyons n'avoir rien omis d'important dans votre critique, voici maintenant notre réponse : Chaque nation a sa manière de discuter : l'une joue sur les mots, se sert de l'ironie courtoise en vous serrant la main, l'autre vous noie sous un déluge de raisonnements pompeux ; une troisième vous accable de citations ; une quatrième passe sous silence les faits qui ne lui conviennent pas ; une cinquième, après vous avoir élevé aux nues, découvrant une injure que vous ne soupçonnez pas, ne veut plus entendre parler de l'offenseur imaginaire. Nous ne suivrons aucun de ces procédés ; nous croyons à la folie raisonnante et nous la défendons, mais sans exagération, parce qu'il y a longtemps que nous savons qu'à côté du pour il y a le contre, et que nous sommes encore à chercher le médecin qui a pu créer une définition qui persiste.

Pour qui donc a été écrit ce travail sur la folie raisonnante ? Est-ce pour les médecins aliénistes qui ont tous observé de ces cas ?

Évidemment non. Pour le magistrat, a répondu M. Dumesnil, dans la remarquable analyse des *Annales médico-psychologiques* (1867). Qui de nous, en effet, lors des interrogatoires d'aliénés auxquels il assiste, quand on vient les examiner pour les interdire, n'a entendu les mandataires de la loi, étonnés de la précision des réponses de plusieurs d'entre eux, de la clarté de leur jugement, affirmer que ces individus raisonnaient très-bien, et repousser parfois la demande formée contre eux ? Notre travail est donc, comme l'a dit le médecin directeur de l'asile de Quatremares, une *Etude indispensable de la maladie par le magistrat*, et nous adhérons complètement à ces paroles de notre confrère. « Il importe peu que M. Brierre de Boismont ait donné le nom de *Folie raisonnante* à tous ces états qui offrent des lueurs, des éclaircies plus ou moins longues, au milieu des désordres de l'intelligence et des sentiments ; cette dénomination ainsi généralisée a son but et aura ses résultats. Il ne s'agit pas ici de discussion scholastique, mais bien de *médecine légale*. C'est pour ce motif également que la nomenclature adoptée dans cet exposé paraît bien choisie ; c'est la mieux connue, elle peut satisfaire à toutes les indications et elle ne préjuge rien sur ce qu'on pourrait appeler nos dissidences, si l'on s'imaginait qu'une classification quelconque peut éclairer la pratique et modifier nos connaissances en matière de pathologie mentale. (*Annal. méd. psych.*, 1867.) Quant à la valeur des observations de notre mémoire sur la folie raisonnante, nous nous bornerons à cette appréciation du professeur Leidesdorf, de Vienne : « Vos faits portent tous l'empreinte incontestable de la vérité. On pourra différer sur leur interprétation, le mérite de les avoir si bien et si clairement désignés vous restera toujours. »

La forme raisonnante est la chose qui impressionne le plus les magistrats ; ce qu'il faut donc faire, c'est de leur démontrer l'erreur de ce raisonnement, car partout c'est leur objection la plus grave à l'admission de la folie. Lorsque la commission pour la peine de mort, nommée par le parlement anglais en 1865, se réunit, la thèse sur laquelle elle ne cessait de s'appuyer pour rejeter la folie, c'était la persistance du raisonnement, des notions du juste, de l'injuste, du bien et du mal, de la connaissance de la faute et du repentir. Les docteurs Harrington Tuke et Hood, aliénistes connus, et dont l'un est visiteur pour la chancellerie, voulant réfuter cette objection incessante, présentèrent à la commission une délibération votée à l'unanimité par cinquante-quatre médecins d'asiles, qui établissait que ces notions existaient chez un très-grand nombre d'aliénés. Cependant ces malades avaient tous été séquestrés pour des conceptions délirantes nuisibles, des actes répréhensibles, des hallucina-

tions de nature dangereuse, et n'auraient pu être rendus à la liberté. Ces médecins faisaient, en outre, remarquer que, sans ces notions, la direction des asiles serait impossible. A la même époque, les délégués de la Société des aliénistes allemands, tous médecins notables, posaient les mêmes conclusions dans leur assemblée à Hidelnheim où ils étaient venus pour traiter des questions de médecine légale. Cette opinion est aussi celle des aliénistes de tous les pays,

On comprend maintenant le motif puissant qui nous a fait répondre à cette opinion erronée des magistrats sur la folie, par le mot raisonnante. C'était leur dire: Oui, on peut très-bien raisonner et être fou, ce sont même parfois les fous les plus dangereux et les plus désagréables. L'épithète pourra changer, mais elle n'en aura pas moins appelé l'attention sur ce sujet, et les observations, si elles sont lues par des hommes sans parti pris, porteront la conviction dans les esprits.

La folie raisonnante n'est donc pour nous ni une création nouvelle, ni une variété du genre; c'est la mise en relief d'un état de l'esprit très-commun chez les aliénés qui, par sa durée, a plus d'une fois trompé les examinateurs. Lorsqu'il s'associe avec des tendances mauvaises, des impulsions irrésistibles, des actes coupables, il nécessite la séquestration, parce qu'il nuit à tous. Le raisonnement est parfois si habile que, malgré leurs calomnies et les ennuis continus qu'ils causent même à des personnages puissants, on les met en liberté; cependant, dans ces cas, il est certainement lésé, car ils dissimulent avec une extrême adresse leurs conceptions délirantes; s'ils les avouent, ils prétendent qu'elles n'existent plus, ou bien ils les expliquent d'une manière tellement spécieuse, que le doute se glisse dans les âmes. Nous en avons entendu plusieurs se moquer de la facilité avec laquelle les médecins et les magistrats avaient accepté leurs explications. Jamais ils ne se croient malades. A certains moments, néanmoins, lorsqu'on vit au milieu d'eux et qu'ils sont l'objet d'une observation prolongée, ils laissent échapper des phrases qui ne laissent aucun doute sur le désordre de leur intelligence. Leur conduite et leurs actes confirment l'opinion qu'on a du trouble de leurs facultés, car avec ces apparences d'une raison parfois remarquable, presque aucun d'eux ne peut se créer une position. L'un de ces aliénés qui a été diverses fois mis en prison ou conduit en maison de santé, écrivait dans une brochure, où il se posait en victime désintéressée, que son ennemi prétendu avait eu la bassesse de prendre pour lui tous les honoraires d'une cause qu'il lui avait donnée. Il disait de deux praticiens éminents, dont l'un est connu par son extrême prudence, et l'autre par sa connaissance des hommes, que

le premier lui avait avoué qu'il avait dépendu de lui de le faire périr, et que le second lui avait offert une somme considérable pour cesser ses attaques. Enfin, il ajoutait que, plaidant sa cause devant un tribunal, il avait prodigué à un homme très-haut placé des injures qu'aucun magistrat n'aurait tolérées à l'égard d'un individu quelconque. Il nous a suffi de la lecture de cette pièce pour voir combien le raisonnement était faussé ; c'est cette caractéristique qui nous a le plus frappé, comme elle a frappé à un autre point de vue les magistrats. Nous avons encore appelé cet état folie raisonnante, parce que l'accessoire l'emporte ici sur le principal, aux yeux des personnes qui ne sont pas versées dans la pratique des maladies mentales.

Il ne s'agit donc pas de donner, comme symptômes de la folie, la présence de ce qui est l'apanage de l'intégrité de l'esprit, puisque ce raisonnement, qui paraît sain, est réellement pathologique. L'argument du peu d'étendue de la lésion intellectuelle, contradictoire avec la dénomination de folie raisonnante, n'a pas la valeur qu'on lui attribue, car quelque microscopique que soit cette lésion, elle est victorieusement rétorquée par l'impossibilité où sont les fous de cette catégorie de faire usage de leur raisonnement pour triompher de leurs idées malades. Quant à l'opinion des personnes qui entendent pour la première fois l'expression de folie raisonnante, elle nous importe peu. Enfin, si l'on a pensé que nous bannissons le délire de quelques cas de la folie raisonnante, on a mal compris ce que nous avons dit des observations sans conceptions délirantes, sans hallucinations ; c'est alors, avons-nous fait remarquer, qu'il faut noter avec grand soin le délire des actes, ce qui n'exclue ni celui des sentiments, ni celui de l'intelligence, qu'on finit presque toujours par constater.

Dans nos conclusions, nous déclarions qu'en cas de doute, lorsque les malades ne sont pas nuisibles, on doit les mettre en liberté. Vous avez objecté, mon cher confrère, que j'avais agi ainsi, *Doctus calamitate*, vous nous permettrez d'ajouter que vouloir tout avoir, c'est souvent n'obtenir rien !

Avons-nous réussi à éclairer vos doutes, car le mot *illuminare* est au-dessus de nos forces, nous le voudrions, sans oser l'espérer. Dans l'analyse de l'ouvrage de Leuret, auquel nous avons déjà fait allusion, parlant des suites des discussions, nous écrivions : Qui parvient-on à convaincre ? Ceux qui n'ont pas d'opinion à eux. Vous assistez aux débats d'une assemblée législative pour un projet de loi ; les discours les plus éloquents sont prononcés, la force des arguments et des preuves ébranle et entraîne l'auditoire ; on procède au

scrutin, trois cents voix pour le projet du gouvernement, juste le chiffre annoncé trois semaines d'avance. N'est-ce pas aussi le résultat définitif de nos discussions scientifiques ? Mais si mes arguments n'ont pas été assez concluants pour vous persuader, j'aime à croire que la modération dans les termes n'ébranlera en rien notre amitié scientifique.

Agréé, etc.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Recherches sur les conditions anthropologiques de la production scientifique et esthétique, par Wechniakoff, 2 fascicules in-8, 1865 et 1868. Paris, Victor Masson et Fils, place de l'École-de-Médecine. 6 fr.

Newcastle—Upon—Tyne Borough Pauper Lunatic Asylum. Third annual report, 1867, par le docteur H.-G. Stewart, br. in-8, 1868.

Eenige pathologisch-anatomische Waarnemingen, gemaakt bij de Lijkopeningen, verricht in het Krankzinnigengesticht Meerenberg, van 1 julij 1866 tot 1 julij 1867, par le docteur Hoffmann, br. in-8, 1868.

« Der Umschwung in der Psychiatrie », Nach dem Vorworte zu Griesinger's Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, par le docteur Brosius, br. in-8, 1868.

Sul riordinamento dei Manicomii in Italia, per G. Sannicola et N. Perla, br. in-8, Aversa, 1868.

Étude médico-psychologique du libre arbitre humain, par P.-J. Grenier, 3^e édit., br. in-8. Paris, 1868, chez Adrien Delahaye. — Prix, 2 fr.

Relations d'un cas de hoquet très-grave, rebelle à tout traitement et guéri par un nouveau moyen chirurgical, suivi de réflexions, par le docteur Cas. Carcassonne, br. in-8. Paris, 1868, chez Adrien Delahaye. — Prix, 75 c.

VARIÉTÉS.

NOMINATIONS.

— Viennent d'être nommés :

Directeur de l'asile de Marseille, en remplacement de M. Humbert, décédé, M. Guignard, directeur de l'asile de Bordeaux.

— Directeur de l'asile de Bordeaux, M. le docteur Bigot, directeur de l'asile de Saint-Venant.

— S. M. la reine d'Espagne vient d'accorder à M. le docteur don Antonio Pujadas, directeur de l'asile privé d'aliénés de *San Bandilio del Llobregat*, près de Barcelone, le titre honorifique de *chef d'administration civile* en récompense des services qu'il a rendus à ses compatriotes par la fondation de cet important asile, qui compte aujourd'hui plus de cinq cents malades. Nous félicitons cordialement M. le docteur Pujadas de la nouvelle preuve d'estime qu'il vient de recevoir de son gouvernement.

— M. le professeur Bonacossa, médecin du manicomie de Turin, vient d'être nommé président de l'Académie royale de médecine de cette ville.

— Le banquet annuel de la *Société médico-psychologique* qui a eu lieu à la suite de la séance du 27 avril, avait réuni cette année un plus grand nombre de convives que les années précédentes. Aux membres titulaires étaient venus se joindre un certain nombre de correspondants nationaux, MM. Belloc, H. Bonnet, Morel et Petit. Pourquoi ne sont-ils pas plus nombreux, maintenant surtout que le jour du banquet coïncide avec l'assemblée générale de l'Association des médecins aliénistes ? L'honorable M. Follet, chef de bureau des aliénés au ministère de l'intérieur et membre honoraire de l'œuvre, avait bien voulu accepter l'invitation qui lui avait été adressée et assistait également au banquet. La réunion a été brillante et animée et la plus franche cordialité n'a cessé de régner parmi les convives, qui ne se sont pas séparés sans se donner rendez-vous pour l'année prochaine.

La Société, dans sa séance du 25 mai, a élu membres associés étrangers MM. les docteurs *G. Sannicola*, médecin en chef, et *N. Perla*, médecin assistant du manicomie d'Aversa, près Naples.

La Société a mis à l'ordre du jour de la séance du 29 juin la question suivante : *Des rapports des affections nerveuses et mentales avec les autres maladies héréditaires et les diathèses.*

— Le ministre du commerce et des travaux publics vient d'accorder une médaille d'or à M. le docteur Laffitte, directeur-médecin de l'asile de Saint-Méen, près Rennes, pour le dévouement dont il a fait preuve dans l'épidémie cholérique qui a sévi dans cet établissement en 1866 et au commencement de 1867. Ses deux internes, MM. Hermange et Guillou, ont reçu une médaille de bronze.

PÉTITIONS RELATIVES A LA LÉGISLATION DES ALIÉNÉS.

Dans la séance du 11 février, le Sénat a adopté la question préalable sur la pétition, n° 464, de M. Cayrol, de Béziers, qui s'était plaint d'avoir été interné injustement et arbitrairement dans l'asile d'aliénés tenu à Lyon par les frères Saint-Jean-de-Dieu.

Dans la même séance, le Sénat a adopté l'ordre du jour sur les pétitions n°s 532, 536, 537, 539 et 541 de MM. le vicomte de Lavilléon, de Paris, ancien pensionnaire de la maison de santé d'Ivry ; de Bérard de Montoure, interné à l'asile Saint-Jacques (de Nantes) ; E. Altairac, pensionnaire de la maison de l'impasse Longue-Avoine, à Paris ; Authié, interné à Bicêtre ; et Rozier, qui en est sorti après y avoir séjourné trente-trois mois.

A l'occasion de la pétition n° 464, M. le sénateur Suin est entré dans des considérations que nous croyons devoir reproduire.

« En effet, que dit l'article 8 ? Je suis fâché de ne pas en avoir le texte sous les yeux, je n'avais pas prévu les observations que vient de présenter M. le vicomte de Barral, mais je connais assez bien cet article pour vous en faire connaître les dispositions.

» L'article 8 porte que toute famille, toute personne voulant faire interner un aliéné sera obligée de présenter une demande d'admission ; cette demande devra contenir toutes les causes, et en même temps toutes les particularités, tous les détails de la folie qui nécessite l'internement de la personne.

» Ce n'est pas tout. A cette demande d'admission, qui devra être écrite et signée par la personne, on devra joindre un certificat d'un homme de l'art, d'un docteur en médecine, indiquant à son tour toutes les particularités de la maladie.

» C'est avec cette demande d'admission, doublée du certificat, qu'on se présente à la maison de santé et qu'on fait interner une personne.

» Je l'avoue, si on s'était borné là, le procédé serait trop simple, les familles pourraient très-facilement faire interner une personne dont elles voudraient se débarrasser, et surtout dont elles voudraient s'assurer la succession. Mais il n'en est pas ainsi. Quand la personne est entrée dans la maison de santé, elle est mise en observation, le médecin de l'établissement, qui doit être entièrement étranger au médecin et à la famille qui veut faire interner, est obligé, au bout de vingt-quatre heures, de faire un rapport sur l'état de la personne. Les certificats des deux médecins sont, dans les vingt-quatre heures, envoyés au préfet du département ou au sous-préfet, si l'établissement est situé dans un arrondissement de sous-préfecture.

» Le préfet, ou le sous-préfet, dans les trois jours, doit envoyer un autre homme de l'art, c'est-à-dire un troisième médecin, un ou plusieurs, dit l'article 8, qui doivent se transporter dans l'établissement et faire, — immédiatement, *sur le champ*, dit la loi, ces expressions sont sacramentelles, — un rapport au préfet.

» Ainsi, voilà trois médecins chargés de constater l'état mental du malade. Le premier peut être suspect, c'est vrai, c'est le médecin de la famille ; le second peut l'être aussi, parce que si c'est dans un établisse-

ment privé, on vous dira : mais le médecin a intérêt à faire un rapport dans un sens défavorable au malade, car s'il est médecin d'un établissement privé, c'est un pensionnaire qu'on lui amène et il est enchanté de le conserver.

» Les choses ne se passent pas de même dans les établissements publics, on n'est pas obligé de faire un rapport immédiat au préfet, et le préfet n'est pas obligé d'envoyer des hommes de l'art : mais les établissements privés, ayant été mis en susception comme pouvant être dominés par des considérations d'intérêt, le préfet doit, dans les trois jours, envoyer un ou plusieurs hommes de l'art et il a même le droit de les faire accompagner par une autre personne qu'il désigne pour constater l'état mental de l'individu interné.

» Ce n'est pas tout : quinze jours après, dit l'article 10, une autre visite doit être faite et un nouveau procès-verbal doit constater quel est l'état de la personne.

» Ainsi, d'abord voilà trois médecins, quelquefois quatre, et même peut-être plus, qui sont chargés de vérifier l'état mental de la personne internée, car le préfet peut en envoyer plusieurs, et parmi les affaires que j'ai examinées, j'ai vu des cas, des situations dans lesquels le préfet a envoyé plusieurs médecins, et ordonné plusieurs visites consécutives. Ce n'est qu'après le certificat de quinzaine, certificat qui n'est délivré qu'après plus mûr examen et plus grande observation, que la personne reste internée ou est mise en liberté.

» Mais, dit-on, il n'y a pas de garanties là encore, et c'était là la grande objection qui fut faite devant la Chambre des pairs et principalement à la Chambre des députés : tout cela est le fait de l'administration, on ne fait pas intervenir ce qui, aux yeux de tous les jurisconsultes, aux yeux du monde, donne la plus grande garantie parce qu'il y a inamovibilité, indépendance. C'est la magistrature qu'il faut faire intervenir. Eh bien, messieurs, la magistrature intervient, et je vais vous dire comment.

» Dans les cinq jours qui suivent l'internement, on est obligé d'en donner connaissance au procureur impérial de l'arrondissement dans lequel est situé l'établissement, et au maire de la commune où habitait la personne qu'on vient de faire interner et placer.

» Voilà déjà la magistrature avertie, qui peut intervenir. Cette magistrature protectrice a pour mission, je dirai plus, pour devoir de contrôler tout ce qui peut attenter à la liberté individuelle et notamment de dénoncer et poursuivre le crime de séquestration arbitraire, car c'est un crime.

» S'est-on borné là ? non !

» L'article 4 de cette même loi dit que l'asile sera ouvert à la surveillance et aux visites des personnes qu'il indique, à savoir : 1° du préfet et des personnes qu'il délèguera ; 2° du président du tribunal, magistrat inamovible ; 3° du procureur impérial de l'arrondissement dans lequel est situé l'établissement ; 4° du juge du paix du canton de l'établissement ; 5° du maire de la commune,

» Ainsi voilà cinq personnes qui sont chargées de la surveillance et pour s'assurer que cette surveillance aura lieu, on a imparté un certain nombre de visites : si c'est un établissement privé, le procureur impérial sera tenu de s'y présenter au moins quatre fois dans l'année, une fois par

trimestre; si c'est un établissement public deux fois dans l'année. Quant aux autres magistrats, la loi n'a point indiqué le nombre des visites; elle a sur ce point manqué de prévoyance, ainsi que je l'ai constaté dans mon rapport. J'ai demandé qu'il fût ajouté une disposition formelle à cet égard. En effet, les cinq magistrats chargés de faire les visites comptent un peu les uns sur les autres, et vous savez ce qui arrive quand le même devoir doit être rempli par plusieurs personnes, aucune d'elles ne s'en acquitte. Cependant les procureurs impériaux y sont tenus, puisqu'on leur a imparté un nombre de visites obligatoires. »

Puis après avoir parlé des visites dont il est parlé à l'article 4 de la loi de 1838, et qu'il voudrait qu'on rendit obligatoires et plus fréquentes, M. Suin ajoute :

« Je maintiens qu'avec cette surveillance active, qui peut être de tous les jours, exercée par cinq magistrats, vous aurez au moins vingt visites par an dans les maisons d'aliénés, et notez que l'article 4 ajoute que le procureur impérial, à qui seul on impartit un nombre de visites obligatoires, sera tenu non-seulement d'en faire un procès-verbal, un rapport, mais de provoquer les réclamations de toutes les personnes internées.

» N'est-ce pas là une garantie? Si j'ai un reproche à faire à cette loi, c'est de n'avoir pas veillé elle-même à son exécution, de ne pas l'avoir assurée par des dispositions plus certaines et plus minutieuses.

» On a élevé ce reproche que la loi ne faisait pas intervenir la magistrature; on a dit que ce serait dans son intervention que se trouverait la plus grande garantie pour tous les citoyens.

» Je demande qu'on lise l'article 29 de la loi. En voici sinon le texte, que je n'ai pas sous les yeux, au moins l'esprit : Toute personne internée, tout parent d'une personne internée, tout ami... — Remarquez comme cela s'étend : on interpelle le public, pour ainsi dire ; on provoque son intervention, sa protection. Ainsi un voisin d'une personne internée pourra présenter sa réclamation devant la justice, pourra introduire une demande à fin de mise en liberté, et le tribunal sera tenu de statuer, en connaissance de cause, bien entendu, c'est-à-dire en faisant paraître devant lui le prétendu aliéné ou l'aliéné véritable, et en l'interrogeant. La demande sera sans frais, l'enregistrement aura lieu en débet, on n'aura pas même besoin de papier timbré; le tribunal statuera en chambre du conseil, le ministère public entendu, et le jugement ne sera pas motivé. Pourquoi le jugement ne sera-t-il pas motivé? Pour ne pas laisser, si la personne est véritablement aliénée, dans les registres du greffe la preuve de son aliénation et en donner les motifs et les détails. Si la personne, au contraire, n'a été mise là qu'à la suite de dissensions de famille, qu'à cause de l'avidité de ses parents, il n'est pas davantage utile de mentionner dans des pièces qui restent au greffe tous ces désordres, toutes ces dissensions intérieures de famille.

» Pour que le magistrat pût prononcer sur le champ et que l'exécution pût suivre sans retard, on a dit que le jugement ne serait pas motivé et qu'il serait exécuté immédiatement.

» Est-ce que la magistrature n'intervient pas là de la manière la plus pressante? Est-ce que c'est la famille qui la fait intervenir? Non, un seul parent suffit. Est-ce un conseil de famille, peut-être intéressé, qui vien-

dra dire : Nous voulons nous assurer de la succession de cet homme, et nous allons le maintenir dans l'établissement, et, à l'unanimité, nous déclarons qu'il est aliéné ? Non ! Il suffit qu'un seul parent vienne dénoncer ce qui se passe dans la famille, la spéculation dont elle se rend coupable, introduire lui-même l'action en justice et saisir à l'instant le tribunal. Ce n'est pas même un parent, mais, comme je vous l'ai dit tout à l'heure, un ami, un voisin qui peut le faire.

» Il faudrait désespérer vraiment de notre pauvre humanité, si l'on pouvait dire qu'un individu, un malheureux, enfermé injustement et arbitrairement, qu'on sait n'être pas aliéné, n'aura même pas un ami, un voisin pour oser réclamer en sa faveur.

» Mais cela entraînera dans des frais, dira-t-on. Non, encore une fois, il n'en coûtera rien. Pas de frais de justice, pas de timbre, pas d'enregistrement, pas d'avances à faire. Le parent, l'ami, le voisin peuvent se présenter purement et simplement devant la justice. Voilà ce qu'a voulu l'article 29.

» Mais, dit-on, pour que ce prétendu aliéné puisse agir ainsi, il faut qu'il puisse faire parvenir sa demande. Or, s'il est incarcéré, séquestré arbitrairement, on ne laissera pas sortir sa correspondance. Oui, mais le parent, l'ami, le voisin, tous ceux qui voudront intervenir, le pourront. D'ailleurs, j'ai proposé moi-même un système de visites que je voudrais voir pratiqué, et qui figurera sans doute dans le décret qui viendra rectifier l'ordonnance du 18 décembre 1839.

» Est-ce que vous croyez qu'une famille, un individu osera dorénavant faire séquestrer quelqu'un, sachant que la séquestration arbitraire est un crime puni des peines les plus graves et lorsqu'il sera facile de le découvrir ? Mais enfin, objectera-t-on, on peut arrêter un individu, et pendant vingt-quatre heures, huit jours, dix jours, on ne saura pas ce qu'il est devenu, on ne pourra pas faire parvenir sa demande. Je vous demande pardon, un long délai ne peut pas s'écouler, car l'article 29 a dit une chose à laquelle il faut faire attention : à quelque époque que ce soit, le jour même de l'internement, on peut se pourvoir et saisir la justice.

» Un député avait proposé que la demande fût portée devant le tribunal du domicile de l'interné, qui connaît mieux la famille, les dissensions qui peuvent y exister, les motifs de l'incarcération. Mais la chambre a répondu : Non, il faut que ce soit le tribunal du lieu de l'établissement qui statue, et voici pourquoi : c'est qu'il faut que la mise en liberté soit immédiate. Si un individu est interné à 50, 60, 80 lieues de chez lui, il ne faut pas qu'on soit obligé de porter la demande au tribunal de son domicile ; il vaut mieux la porter au tribunal du lieu de l'établissement, parce qu'à l'instant même, on le fera comparaître devant ce tribunal, qui pourra ordonner sa mise en liberté immédiate, mesure qui sera sur-le-champ exécutée. Ce qu'a voulu la loi, c'est qu'il y eût des garanties suffisantes pour la liberté individuelle, et je crois que ces garanties existent au moyen des formalités protectrices que j'ai demandées, que vous avez approuvées et qui se trouvent consignées dans mon rapport.

» La loi dit : Si la personne qui fait la demande d'admission ne sait pas écrire, elle sera tenue de faire écrire sa demande par le maire de la commune, qui la signera. Pourquoi borner cela à la personne qui ne sait pas écrire ? Comment ! si la personne qui demande l'admission ne sait pas

écrire, vous donnez à la personne qu'on veut interner la garantie de l'intervention du maire ? Quand bien même la personne qui fait la demande saurait écrire, ne refusez pas à l'interné la garantie de la même autorité.

» M. Isambert demandait que dans tous les cas le président du tribunal intervint. Il lui fut répondu : Quand on sera à une grande distance du chef-lieu, il faudra donc mener l'aliéné devant le président du tribunal ; il faudra aussi appeler un greffier, car l'intervention du président nécessite celle d'un greffier afin que le procès-verbal de ce qui se sera passé, soit dressé. Il y a là une impossibilité, surtout s'il y a un cas de fureur, un danger enfin, pour la sécurité publique et pour les personnes.

» Puisqu'on ne peut pas mettre en mouvement le président, il faut faire intervenir le juge de paix, et on a voulu que le juge de paix intervint, qu'il eût le droit de visite dans l'établissement.

» Le juge de paix est le magistrat de la famille, il connaît tous les habitants de son canton, et les mobiles qui peuvent les faire agir. Il sait s'il y a spéculation, avidité, haine. Son intervention est justifiée par la nature même de ses fonctions. Veut-on faire interner un individu, le conseil de famille doit être convoqué, et c'est le juge de paix qui est tenu de le présider.

» Pourquoi donc ne pas dire que la demande d'admission sera soumise au juge de paix qui la visera, et qui fera prêter serment devant lui au médecin : car un certificat comme celui-là est un certificat d'expert, et ne peut être donné qu'après prestation de serment. La justice interviendra par la personne même du juge de paix : il y aura là une garantie complète.

» Si, maintenant, l'honorable vicomte de Barral veut se reporter au rapport que j'ai eu l'honneur de faire devant le Sénat, il y trouvera toutes les satisfactions qu'il vient de demander tout à l'heure ; il verra que la loi est bonne, mais qu'elle a été assez imprudente pour négliger d'assurer elle-même son exécution par des mesures qui peuvent facilement être introduites dans un décret complémentaire de l'ordonnance du 18 décembre 1839. Je le répète, messieurs, de cette façon toutes les garanties seront données contre les séquestrations arbitraires. »

La pétition n° 539 a donné à M. le sénateur Suin l'occasion d'exprimer son opinion sur la question des lettres adressées par les aliénés :

« Une seule chose lui paraît devoir être réformée : l'aliéné ne reçoit pas une lettre qui ne soit décachetée, et il n'en écrit pas une qui ne passe sous les yeux du médecin. Il demande la liberté de la correspondance.

» Il n'y a dans la loi de 1838, dans l'ordonnance de 1839 et dans le règlement de 1857 aucune disposition relative aux correspondances ; on lit seulement dans l'article 12 du règlement que le directeur est chargé de *tout ce qui concerne la police de l'établissement*.

» Il est à remarquer que dans tous les asiles publics ou privés, la même mesure est pratiquée. Pour les lettres adressées à l'aliéné, il est prudent de s'assurer qu'elles ne contiennent rien qui pourrait lui procurer des émotions intempestives, inopportunes, ou réveiller et donner une nouvelle force à des idées qu'il faut au contraire calmer. Pour celles qu'il

écrit, on doit éviter aux destinataires des injures, des menaces, des accusations injustes contre le personnel de l'asile, des plaintes fausses qui provoqueraient inutilement les voyages et les visites des parents, alarmeraient les familles, ou des plaintes justes dont il serait facile de faire cesser immédiatement les causes; enfin c'est pour le médecin un moyen de vérifier la disposition d'esprit de son malade, ses progrès et aussi l'état de ses facultés mentales. »

Enfin, dans la séance du 11 février, le Sénat a passé à l'ordre du jour sur la pétition n° 542, de M. Espagne, avocat à Marseille, qui demandait « que tout aliéné ou prétendu tel, puisse être visité, avant son entrée dans l'asile, par une ou trois personnes complètement indépendantes de toute administration et de tout salaire; que ces personnes aient le droit de visiter l'établissement à des intervalles plus rapprochés que ceux édictés par la loi actuelle et à des heures non convenues d'avance; qu'elles aient en même temps le droit de faire parvenir à l'autorité supérieure le résultat de leurs observations; qu'en un mot, pour un état de choses exceptionnel, on établisse des précautions exceptionnelles aussi. »

— Sur le rapport de M. Silvestre de Sacy, le sénat, dans la séance du 13 mars, a adopté l'ordre du jour sur la pétition du n° 477 de M. Desmartis, médecin à Bordeaux, qui proposait : 1° que l'individu réputé atteint de folie fût transporté dans une maison de dépôt provisoire, où son état mental serait à son *insu* l'objet de l'enquête la plus scrupuleuse, enquête qui s'étendrait aussi sur la famille, et sur l'intérêt qu'elle pourrait avoir à se débarrasser de celui de ses membres qu'elle déclare atteint de folie : 2° que la commission chargée d'inspecter les établissements privés fût renouvelée tous les ans, au moyen du tirage au sort, parmi les médecins praticiens.

FAITS DIVERS.

— *Manicomes d'Australie.* — En 1864, il y avait dans le manicomme d'Adélaïde, capitale de l'Australie méridionale, qui compte 146 000 habitants, 199 aliénés, dont 88 femmes. Dans celui de Melbourne, capitale de la colonie Victoria, qui a 160 mille habitants, il y avait 960 aliénés, 562 hommes et 398 femmes.

— ASSOCIATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES DES ÉTATS-UNIS. — La vingt-deuxième réunion annuelle de l'Association s'est tenue à Boston le 2 juin 1868. Conformément aux résolutions adoptées dans la réunion de 1867, l'assemblée a dû s'occuper particulièrement d'un *projet de loi sur les aliénés*.

— HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Leçons sur les maladies chroniques du système nerveux et les maladies des vieillards.* — M. Charcot, agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux, a commencé ces leçons le mardi 12 mai, à neuf heures, et les continuera le mardi et le samedi de chaque semaine. — Examen des malades le jeudi.

— Les journaux *la Revue parisienne, la Liberté, l'Opinion nationale,*

le *Temps*, ont cru pouvoir publier, avec quelques variantes, un récit relatif à la séquestration d'un aliéné.

Ce récit dénature complètement les faits et donne à la triste affaire dont il s'agit une physionomie tout à fait imaginaire.

Le sentiment public comprendra aisément quelle discrétion et quelle réserve comportent les affaires de cette nature, si douloureuses pour les familles et qui intéressent de si près leur repos ; mais il ne comprendrait pas que l'administration gardât le silence en face d'imputations qui transforment en un acte odieux une mesure de protection rigoureusement commandée par la loi.

Le malade auquel on fait allusion était affecté de conceptions délirantes, qui se traduisaient par une intolérable persécution accompagnée de menaces vis-à-vis de plusieurs membres d'une famille respectable.

Après avoir subi une pareille épreuve, avec une résignation qui n'était pas sans danger, cette famille fut contrainte d'invoquer la protection de l'autorité publique. Toutes les formes d'intervention officielle furent employées en vain par la préfecture de police pour assurer cette protection. Les conseils bienveillants, les interpellations comminatoires et la surveillance la plus assidue échouèrent successivement auprès du malade qui dut être enfin soumis à une visite médicale.

Cette visite fut confiée à un aliéniste dont l'autorité est considérable, M. le docteur Lasègue, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Voici la conclusion de cet éminent praticien :

« Mon avis est qu'il y a lieu de placer le malade dans un asile d'aliénés. Je ne crois pas qu'aucun médecin versé dans la pratique des maladies mentales consente à assumer la responsabilité d'une décision qui aurait pour effet de laisser le malade entièrement libre de donner suite à ses projets. Entre la liberté absolue et l'internement dans un asile, on chercherait vainement un moyen intermédiaire qui présentât même un semblant de garantie. »

C'est en présence de cet avis que la séquestration du malade fut ordonnée.

Les médecins de l'asile constatèrent à leur tour l'aliénation reconnue par M. le professeur Lasègue ; mais, après un traitement de quelques semaines, ils déclarèrent que le malade pourrait être sans danger rendu à la liberté, et l'autorité le fit aussitôt élargir.

C'est cet ensemble de mesures, prescrites par la loi elle-même dans l'intérêt de tous, qui sert de base aux récits malveillants contenus dans les journaux cités plus haut. (*Communiqué.*)

(*Moniteur* du 30 avril 1868.)

Le rédacteur en chef,

Les directeurs-gérants,

L. LUNIER.

BAILLARGER ET CERISE.

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

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

PATHOLOGIE.

RECHERCHES
SUR
L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
ET LA
NATURE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR LES DOCTEURS

POINCARÉ,

Professeur à l'école de médecine de Nancy,

ET

HENRY BONNET,

Médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Maréville.

INTRODUCTION.

Nous n'avons pas l'intention de reprendre en sous-œuvre ce qui a été dit sur la paralysie générale, de refaire pour l'instant la monographie complète de cette affection. Qu'il nous soit uniquement permis d'émettre quelques idées nouvelles sur sa

ANNAL. MÉD.-PSYCH. 4^e série, t. XII. Septembre 1868 1. 12

physiologie pathologique et son histologie appliquées à la clinique.

La paralysie générale a dû, comme toutes les maladies, avoir sa période mythologique ; mais, malgré l'esprit d'observation des siècles passés, le défaut de connaissances anatomiques, l'ignorance en physiologie, et particulièrement en physiologie nerveuse, firent qu'elle fut méconnue ou qu'il y eut confusion à son endroit.

Haslam fut le premier qui la découvrit ; mais il faut arriver jusqu'à Esquirol, Georget, et surtout Bayle, pour avoir de véritables données permettant de constituer pour elle une place à part dans le cadre des maladies internes ressortissant au système nerveux.

Décrite sous le nom de paralysie générale des aliénés (Esquirol), d'arachnitis chronique (Bayle), de paralysie générale progressive (Requin et Sandras), de méningo-encéphalite chronique diffuse (Calmeil), de parésie ou folie parésifique par les Allemands, la maladie qui va nous occuper semble avoir à peu près subi l'accord commun et la consécration de l'usage, pour qu'on puisse lui donner le nom de paralysie générale. Ce n'est point pourtant, à proprement parler, une paralysie telle que les nosologistes comprennent ce mot ; mais nous aurons occasion de démontrer que c'en est une d'un genre spécial qui, attaquant peu à peu tous les organes, annihile leurs fonctions ; c'est, en un mot, pour nous, et par excellence, la maladie vasomotrice et des actions réflexes.

Par ce que nous avançons, on peut donc déjà pressentir le rôle que nous attribuerons à l'organe cérébral et à la congestion.

On n'a guères que dans les asiles l'occasion de voir des paralyés généraux, de prendre sur eux les renseignements nécessaires à l'observation, de suivre les incidents de la maladie et de pratiquer la nécropsie. Ce fut donc dans des asiles où, pour la première fois, la paralysie générale dut attirer sérieusement l'es-

prit de l'observateur. S'il n'y eut pas erreur de lieu, car tous les paralysés ont une compromission des facultés, le lieu dut nécessairement influer sur l'appréciation de la maladie, et la tendance originelle qui dura longtemps et existe encore chez quelques médecins, fut d'en faire le corollaire de la folie. On est encore disposé maintenant, et que ne devait-ce pas être il y a trente ans, à donner une royauté trop absolue au cerveau et à voir en lui le principe initial des délires ; très-souvent, néanmoins, il n'agit que secondairement et n'est qu'organe de détermination. On vit donc dans la paralysie générale une complication.

« Telle a été, dit M. Baillarger, qui, dans son travail sur la découverte de la paralysie générale, a nettement précisé les litiges primitifs, telle a été la doctrine d'Esquirol et de Georget ; c'est la doctrine de la dualité opposée à celle de Bayle qui est l'unité. Dans la première, on voit chez l'aliéné paralytique deux maladies ; dans la seconde, on n'en reconnaît qu'une seule, caractérisée par deux ordres de symptômes pathognomoniques. »

Et M. Baillarger donne justement aux deux doctrines les épigraphes suivants, qui spécifient le point de séparation :

« Que les symptômes de paralysie chez les déments paralytiques ne doivent pas être confondus avec les symptômes qui caractérisent la démence, pas plus que les signes du scorbut qui compliquent souvent cette maladie ne peuvent être pris pour elle. » — C'est Esquirol qui parle.

« Que le parallèle entre les lésions de l'intelligence et les lésions des mouvements, fait à toutes les époques de la maladie, offre un rapport constant entre le délire et la paralysie, et que, par conséquent, on ne peut se refuser à admettre que ces deux ordres de phénomènes sont les symptômes d'un même mal. » — C'est la doctrine de l'unité de Bayle.

Encore à cette heure, on trouve les mêmes divergences, les mêmes deux camps.

Les divergences sont les suivantes : La maladie est-elle fata-

172 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

lement subordonnée à l'aliénation mentale ou la précède-t-elle? Les troubles somatiques de la paralysie générale sont-ils invinciblement liés aux troubles intellectuels? Les lésions anatomiques du cerveau deviennent-elles de toute force une cause finale de la paralysie? En dehors de ces lésions, ne s'en trouve-t-il point d'autres qui produiraient l'affection? La paralysie générale arriverait-elle insensiblement; serait-ce ensuite que les diverses altérations psychiques se produiraient? Les symptômes de l'ordre mental et de l'ordre physique sont-ils parallèles; dans ce cas, ne pourrait-il pas se faire que, tout en marchant simultanément, certains phénomènes masquent les autres, et qu'il y ait latence parfois d'un côté?

Nous chercherons à résoudre le problème. Pendant longtemps, nous nous sentions disposés à subordonner la paralysie générale à la folie; d'autres fois, nous avons flotté indécis; mais des exemples trop visibles nous ont rattaché à la théorie de l'unité morbide et de la simultanéité symptomatique. Nous avons pleinement adopté en principe les vues séméiologiques de Bayle, et nous nous sommes accordés avec lui sur l'élément congestif; mais nous nous sommes séparés sur le *primum movens* de cet élément; car Bayle, comme la majorité des auteurs, comme M. Calmeil, en notant la congestion du cerveau et de ses enveloppes, localisent dans l'organe encéphalique les conditions de causalité congestive; tandis que, pour nous, la méningo-encéphalite, au lieu d'être primitive, n'est que secondaire, et nous refusons au cerveau et à ses enveloppes le rôle principal. Si donc nous sommes d'accord sur deux points importants, l'unité du mal et l'élément congestif, nous différons essentiellement sur le mode d'interprétation des symptômes de l'affection et sur les lésions anatomiques qui forment le point de départ.

La clinique, en effet, dernier terme des connaissances et de l'art du médecin, exige qu'on mette tous les soins de son jugement aux procédés d'investigation; elle ne saurait vraiment

ET LA NATURE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE. 173

exister si l'on ne saisit pas toutes les occasions possibles d'expliquer physiologiquement les faits et d'en déduire des aperçus qui montrent les inconnues à dégager ou mettent sur ses traces. L'histologie lui apporte son puissant concours, et souvent on peut se croire en position de conclure, car on a laissé tout empirisme de côté.

L'étiologie et la symptomatologie, en tant que description pure et simple, ont été suffisamment établies par les auteurs pour que nous ne nous en occupions ultérieurement qu'au point de vue de la philosophie générale. L'anatomie pathologique présente seule, à cause de ses grandes conséquences, un vaste champ à explorer, et son examen demande d'autant plus de sévérité qu'il établit la base de la physiologie de l'affection. Nous allons exposer ce qui a été dit, et nous mettrons en regard ce que nous avons vu en signalant ce que nous n'avons pas trouvé, et cherchant à expliquer les causes d'erreur probables. Les lésions anatomiques visibles à l'œil nu se trouvant décrites dans les traités et les monographies, nous n'en parlerons brièvement que comme mémoire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les premiers auteurs, dont il y a une légère tendance à se séparer, mais qui conservent encore beaucoup d'adhérents, ont rapporté la pathogénie de la paralysie générale, tantôt à l'inflammation des méninges, tantôt à celle du cerveau, tantôt aux deux réunies.

Pour M. Baillarger, deux groupes d'altérations anatomiques se distinguent. Dans le premier, se trouvent les altérations de la méningo-encéphalite; dans le deuxième, les caractères de l'hydrocéphale chronique avec atrophie, ramollissement du cerveau.

M. Calmeil, convaincu de la nature inflammatoire des lésions membraneuses et parenchymateuses, et se croyant autorisé par

174 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

les turgescences initiales ainsi que par les exsudations séro-fibrineuses ou plasmatiques, n'a plus accepté la qualification de paralysie générale et l'a remplacée par celle de péri-encéphalite chronique diffuse. Comme Marcé, nous pensons que, malgré la grande autorité de M. Calmeil, on doit éprouver des scrupules en face d'une opinion aussi nettement affirmative. « Comment se fait-il, dit justement Marcé (1), qu'une inflammation ne se termine jamais par suppuration, et qu'elle se prolonge pendant deux années, trois années et même plus ? » La marche de la maladie et l'aspect de ses lésions le porteraient plutôt à admettre l'idée d'une congestion; mais il la rattache au cerveau lui-même.

Nous ne parlerons pas des altérations osseuses. Si les parois du crâne montrent parfois une épaisseur anormale, elle ne nous paraît avoir qu'une importance d'hypernutrition très-secondaire.

Quand on ouvre la boîte crânienne, on peut voir souvent que le cerveau ne remplit qu'incomplètement le vide virtuel. Les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang, et la section de cette membrane laisse échapper une grande quantité de sérosité sanguinolente. Rarement il y a adhérence de la dure-mère avec les parois du crâne ou avec l'arachnoïde. L'arachnoïde est congestionnée, épaissie, infiltrée dans toute son étendue; une accumulation plus ou moins intense de sérosité se trouve dans ses cavités; cette sérosité est plus faible à la base du crâne. Elle est recouverte de plaques gélatineuses, de dépôts plastiques protéiformes, de granulations. Parmi les produits d'exsudation, MM. Brunet, Lancéreaux, ont décrit des néomembranes; c'est la pachyméningite dont on a le plus généralement expliqué la formation par une exsudation du feuillet pariétal qui s'organise insensiblement; dans les vaisseaux de ces néomembranes, on

(1) Marcé, *Traité des maladies mentales*.

a indiqué la dégénérescence graisseuse. Ces vaisseaux, n'offrant pas une élasticité suffisante, se rompent souvent, et les kystes arachnoïdiens en seraient la conséquence.

La pie-mère est devenue opaque, tomenteuse, d'un rouge variant d'intensité, et est farcie de vaisseaux turgescents et diversement entrelacés ; elle offre des irradiations de traînée lactescentes et gélatiniformes plus remarquables à la surface du cerveau qu'à sa base. « Ces altérations, dit avec raison Marcé (1), sont d'autant plus marquées que la maladie a été plus longue et s'est accompagnée d'un mouvement congestif plus fort. » — « Dans les cas, dit M. Calmeil (2), où le travail inflammatoire a pu se concentrer d'une façon particulière, la pie-mère happe la substance nerveuse corticale et offre des houppes vasculaires constituées par la réunion des capillaires. » Souvent elle est intimement soudée au cerveau, dont on ne peut la séparer qu'en excoriant celui-ci et laissant à nu des surfaces saignantes qui montrent évidemment les corrélations du travail des membranes et du parenchyme.

La substance corticale offre de grandes différences de densité et de volume ; sa coloration varie du rose au brun. Le plus souvent, il y a un défaut de consistance allant jusqu'au ramollissement ; parfois, elle est gorgée de sérosité et comme œdémateuse. Dans d'autres cas, elle serait atrophiée et se réduirait même à une lame excessivement mince, surtout aux lobes antérieurs, à travers laquelle on apercevrait la substance blanche. Erlenmayer attribue cette atrophie à des épanchements séreux successifs ; les éléments nerveux seraient remplacés par de la substance amorphe.

Parchappe note comme lésion pathognomonique le ramollissement de la partie moyenne de la substance grise ; ce ramollissement se trouverait ainsi engainé entre une lame supérieure

(1) Marcé, *Traité des maladies mentales*.

(2) Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*.

176 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

et une lame inférieure saines. Il est difficile, au point de vue anatomique, en présence des diverses couches corticales décrites par M. Baillarger et par Gratiolet, d'admettre que le scalpel puisse établir les limites invariables données par Parchappe; comme travail pathologique, nous avons peine à comprendre qu'un ramollissement s'individualise ainsi.

Frerichs parle d'induration de la substance grise qu'il rattache à la sclérose.

Les altérations de la substance blanche sont faibles. Quelquefois on constate du ramollissement, et, dans d'autres cas, une augmentation de consistance. M. Baillarger a parlé comme signes constants des expansions crétifomes s'irradiant dans la substance grise. La sérosité des ventricules a augmenté, et l'on a pu remarquer un amincissement de leurs parois qui semblent ne plus consister qu'en une membrane formée par l'épendyme induré. On retrouve à la surface des aspérités que Bayle avait déjà signalées, et les mêmes, décrites par M. Joire, au quatrième ventricule. Ce seraient pour Rokitanski des exsudats albumino-plastiques, et, pour le docteur Meyer, une hypertrophie de l'épithélium de l'arachnoïde.

M. Luys a pensé trouver des lésions caractéristiques dans le cervelet. Cet organe, pas plus que ses enveloppes, n'est affecté d'une façon spéciale, et, comme M. Magnan, nous croyons que M. Luys, en rapportant la différence générale de la substance corticale du cervelet, a rencontré des cas exceptionnels. M. Bouillaud avait déjà cru devoir attribuer à une inflammation chronique du cervelet les phénomènes qu'on observe dans la paralysie générale.

Nous arrivons maintenant aux examens microscopiques.

D'après M. Calmeil, Marcé, M. Luys, les vaisseaux de la pie-mère apparaissent avec un développement considérable, et les parois des capillaires sont souvent incrustées de fines granulations; la trame elle-même de cette membrane offre des cellules granuleuses, des granules moléculaires épars, et des globules

sanguins extravasés. Quant aux plaques opaques, elles sont formées de fibres volumineuses de tissu cellulaire au milieu desquelles ces vaisseaux sont rares et peu développés. La substance grise offre, à un grossissement de 300 à 400 diamètres, des arborisations vasculaires dont on n'apprécie bien le développement anormal que lorsqu'on examine comparativement, et avec le même grossissement, un fragment de substance grise saine. Sous le champ du microscope, les vaisseaux se multiplient et forment des sortes de plexus. Les parois des capillaires sont presque toujours incrustées extérieurement de granules moléculaires très-fins qui en rétrécissent le calibre; d'autres sont comme parsemées de petites cellules agminées qui abondent dans les bifurcations des troncs vasculaires. Les cellules sont rares, déformées; leurs connexions sont rompues; elles finissent par se vider. Les tubes nerveux sont difformes, leur contenu s'échappe au dehors, et ils ne se présentent plus que sous forme de débris épars.

D'après Rokitansky (1), il y aurait aux divers degrés de la paralysie générale : 1° une quantité de tissu connectif embrassant dans son réseau l'élément nerveux; dans des cas anciens, le tissu connectif est plus tendu; puis, il est fibreux et se raccourcit en causant l'adhésion de la pie-mère. 2° Les tubes sont variqueux, brisés; les cellules paraissent enflées. 3° On doit ajouter à ces productions des corps amyloïdes ou colloïdes. Les changements dans la pie-mère consisteraient dans l'adhésion à la surface du cerveau, dans la distension variqueuse des veines et la dilatation anévrysmale des petites artères.

Wedl (2), en s'occupant des vaisseaux capillaires de l'encéphale dans tous les genres de folie, et étendant son examen à la paralysie générale, dit : « Généralement les petits vaisseaux sanguins et les capillaires jouent un rôle important dans les

(1) *Ueber Bindegewebwucherung in Nervensystem.*

(2) *Beiträge zur Pathologie der Blutgefässe.* Wien, 1859.

178 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

diverses progressions morbides ; une production de cellules a lieu sur les parois ; par l'effet de la formation des rides sur ces cellules, il se présente une oblitération par rétrécissement du vaisseau lui-même, et, par suite, une conversion du vaisseau oblitéré en bandes ou en fibres de tissu connectif, et l'atrophie des capillaires est suivie d'une nutrition imparfaite de la partie intéressée. » En outre, Wedl décrit une hypertrophie du tissu connectif de la substance corticale.

Pour le docteur Salomon, de Malmo (Suède), « la nature de la maladie est une dégénération qui siège dans la membrane adventive des vaisseaux de la pie-mère, et dans le tissu connectif de la substance corticale ; processus dégénératif qui, se développant, cause des altérations des cellules de la substance grise, et les réduit en masse inerte. » Cette dégénération serait sclérosique.

Le docteur Ertzbischoff dit que l'hypérémie, s'irradiant dans la couche corticale, développe dans les capillaires une hypergénèse considérable d'éléments embryoplastiques qui compriment le vaisseau de dehors en dedans et arrivent ainsi à diminuer son calibre, même à l'oblitérer. Cette oblitération donnerait lieu à un obstacle considérable de la circulation : 1° dans la pie-mère ; 2° dans la substance corticale ; d'où l'ischémie, stase, etc., dont les conséquences sont les granulations et les adhérences.

Pour la plupart des auteurs allemands, il y a altération des parois vasculaires et hypertrophie du tissu connectif du cerveau.

Tout en localisant l'altération primitive dans le tissu cérébral, et signalant les altérations que nous rapportons, le docteur Willing fait remarquer qu'il faut, pour le développement de la maladie, qu'il y ait chez l'individu un grand dépérissement du système nerveux.

Le docteur Meschède (1) suit les cellules du cerveau en

(1) *Archives de Virchow*. 1865.

toutes leurs transformations pendant le cours de la paralysie. Il a remarqué qu'elles étaient plus volumineuses, plus isolables, et en partie ramollies. « On aperçoit, dit-il, des cellules exactement identiques pour la grandeur et la forme avec les véritables cellules nerveuses, mais dont les noyaux sont entourés d'une grande quantité de globules de graisse très-fins qui produisent une forte réfraction de la lumière; et de nombreux petits grains de pigment offrant une coloration jaunâtre. Ces cellules ne présentent des contours nettement accusés que dans une partie de leur circonférence; pour le reste, leur limite est établie par les globules de graisse qu'elles renferment. » — « A côté de ces formes, ajoute-t-il, on rencontre encore, d'une part, des cellules pourvues d'un noyau clairement visible et de contours intacts, mais toutes remplies de granulations graisseuses et de petits grains de pigment; et, d'autre part, des cellules ayant complètement perdu la netteté de leurs contours, ne paraissant composées que d'un certain nombre de petits globules et de granulations groupées autour d'un noyau, et ne révélant que par leur forme seule le caractère de cellules nerveuses. » Pour le docteur Meschède, enfin, l'altération qui forme le caractère essentiel de la paralysie générale est la dégénérescence des cellules nerveuses des hémisphères du cerveau, et, en particulier, de la couche corticale.

Tigges (1) note dans la couche corticale, puis dans la couche grise avoisinant l'épendyme ventriculaire, des noyaux constitués en masse, homogènes, granuleux, avec ou sans nucléoles; ces noyaux donneraient un ensemble rappelant les cellules ganglionnaires. Comme M. Magnan (2), nous pensons que le mode de préparation (eau alcoolisée) indureraient la gangue interstitielle et agglutinerait les noyaux.

M. Lockhart Clarke (3) signale aux cellules nerveuses des

(1) *Allgem. Zeitschr. für Psych.*, XX, 1863.

(2) *Arch. physiol.*, 1868, n° 2.

(3) *Lancet*, 1866 et 1867.

180 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

circonvolutions des altérations consistant dans un augment des grains pigmentaires emplissant parfois totalement les cellules, qui n'offrent plus de contours et semblent des particules ayant une tendance à la dissolution. M. Lockhart Clarke rapporte que, dans la paralysie générale de longue durée, la moelle est très-fréquemment altérée, ramollie dans quelques cas, et, en certaines parties, jusqu'à consistance de crème ; dans d'autres, il dépeint de nombreuses aréoles de désintégration granuleuse ou fluide dans la substance grise ou ses alentours.

Nous ne saurions partager l'avis de M. Magnan (1), qui pense que divers points (pigment, graisse) des altérations signalées par Meschède et Lockhart Clarke ont peu d'importance par eux-mêmes et ne se rencontrent que rarement.

M. Westphal (2) cherche, comme M. Lockhart Clarke, à voir dans la moelle et dans le cerveau la connexité de rapports qu'on pourrait établir. Il décrit, dans quelques cas, un travail de dégénérescence granuleuse sur les cordons postérieurs et latéraux qu'il a pu suivre en remontant jusque dans les pédoncules cérébraux, mais pas plus loin, ce qui ne lui permet pas le rapprochement avec les lésions secondaires de la moelle. Dans d'autres, l'altération granuleuse siégerait davantage dans un point déterminé de la moelle ; puis, en dessus, les cordons postérieurs et la partie postérieure des cordons latéraux offriraient une altération décroissante de bas en haut ; au-dessous du point maximum, la lésion des cordons postérieurs s'arrêtait, mais les cordons latéraux restaient malades, et la lésion décroissait en descendant pour se porter vers la partie externe des cornes postérieures. M. Westphal n'attribuerait pas ces lésions ascendante et descendante à une compression par des exsudations méningitiques ; il penserait plutôt à une myélite localisée qui amènerait la nécrobiose par inertie fonctionnelle.

(1) *Arch. physiol.*, 1868, n° 2.

(2) *Arch. physiol.*, 1868, n° 2, Magnan.

« On pourrait peut-être, fait observer M. Magnan, en admettant l'idée d'une myélite localisée, songer plutôt à une dégénération secondaire par perte de l'action trophique. » Quoi qu'il en soit, pour M. Westphal, les lésions spinales accompagnent toujours la paralysie générale.

M. Magnan a repris les travaux de M. Lockhart Clarke et de M. Westphal. Dans un travail très-explicatif et des plus consciencieux (1), il fait l'histoire microscopique du cerveau et de la moelle. Fidèle à Virchow, il attache la plus haute importance à la névroglie dans la pathogénie des centres nerveux ; importance, dit-il, qui est surtout bien établie pour la paralysie générale dans certains cas où, la moelle étant atteinte en même temps que le cerveau, il est permis de suivre le processus morbide jusqu'à son développement le plus complet. « Tout l'encéphale, dit M. Magnan, devient le siège d'une sorte d'irritation formative, travail lent qui se traduit par une prolifération nucléaire abondante dans le tissu interstitiel et sur les parois des capillaires. Le tissu nerveux lui-même présente des altérations secondaires bien notables, excepté dans la couche corticale, où l'on trouve quelquefois les cellules infiltrées de granulations, mais sans déformation. Cette lésion diffuse et étendue à tout le cerveau ne présente jamais, même dans les cas de paralysie générale à la troisième période, le dernier terme de son évolution, sa présence à un degré avancé n'étant sans doute pas incompatible avec la vie ; mais, il n'en est pas de même dans la moelle où ces altérations peuvent, sans compromettre l'existence, atteindre un degré avancé. »

Arrivant à la moelle, M. Magnan décrit une irritation formative avec prolifération nucléaire de la gangue interstitielle des tubes nerveux qui s'étend dans la substance grise jusqu'à l'épendyme et la périphérie, et s'étale en s'épaississant pour se joindre à la pie-mère ; de là une hypertrophie à marche lente

(1) Magnan, *Arch. phys.*, 1868, n° 2.

182 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

qui aboutit à la transformation des gâines de myéline en granulations graisseuses, et plus tard à leur destruction complète. Les cordons postérieurs seraient plus particulièrement atteints. L'altération présenterait son maximum d'intensité à la fin de la région dorsale pour diminuer en général graduellement à mesure que l'on se rapproche du bulbe, restant plus marquée à la périphérie de la moelle, au pourtour de la substance grise, et sur les faisceaux postérieurs, où elle se circonscrit de chaque côté du sillon médian postérieur.

Ainsi, pour M. Magnan, la lésion constante qu'on doit, avant tout, chercher tant dans le cerveau que dans la moelle, est la prolifération nucléaire du tissu interstitiel; les altérations parenchymateuses ne seraient que consécutives et caractérisées par la transformation granuleuse. Un point essentiel pour nous à noter est l'indication par M. Magnan de l'élément graisseux à la suite duquel il y aurait destruction des gâines de myéline.

Allant plus loin que M. Lockhart Clarke et que M. Westphal, M. Magnan nous paraît évidemment attacher une caractéristique plus grande au processus ascendant de la moelle vers le cerveau que du cerveau vers la moelle.

Nous arrivons maintenant à nos propres recherches (1). Nous avons abordé l'anatomie pathologique intime de la paralysie générale sans la moindre idée préconçue. Pour nous, l'interprétation n'a point précédé l'observation; elle est née après. C'est en raison même de cette tendance d'esprit que nous avons examiné sans distinction toutes les parties du système nerveux,

(1) Nous avons dessiné quelques préparations relatives à chacun des départements de l'axe cérébro-spinal et du sympathique. Les dessins n'ont d'autre prétention que l'exactitude. La plupart du temps, les différents points d'un élément ne sont pas tous aperçus dans une même position du foyer, et, quand on donne un dessin, on donne la résultante de plusieurs observations prises en faisant varier la vis micrométrique. Il nous a semblé qu'on reproduisait mieux la nature en ne donnant qu'un seul aspect du tout. C'est pourquoi les contours des cellules de nos dessins se montrent souvent inachevés.

la moelle, le sympathique, aussi bien que l'encéphale, alors qu'à *priori* on devait être porté à localiser l'affection dans ce dernier organe.

Ce qui nous a frappés tout d'abord, lorsque nous avons examiné les ganglions du grand sympathique chez les paralyés généraux, c'est la coloration brune de toutes les cellules. Nous, qui n'avions antérieurement étudié la structure des ganglions que sur le sympathique des animaux; nous, qui savions que les auteurs signalèrent cette pigmentation spéciale comme un attribut des vieillards et des convalescents de fièvre typhoïde grave, nous pensâmes avoir trouvé la caractéristique anatomique de la paralysie générale chez les adultes; mais nous dûmes renoncer à un peu de nos espérances. Nous avons examiné des ganglions pris chez des individus non aliénés et atteints de maladies très-variées et dont l'âge oscillait entre trente et cinquante ans, et nous avons presque toujours rencontré une teinte rouillée du contenu des cellules; mais nous pouvons sans hésitation déclarer que cette coloration est de beaucoup moins générale et d'une intensité bien moindre que dans la paralysie générale. Depuis, nous avons multiplié nos observations sur les animaux, et nous avons acquis la conviction que ceux qui se nourrissent avec des aliments exactement naturels ont toujours des cellules ganglionnaires incolores ou teintées seulement d'un jaune pâle. Nous avons été conduits ainsi à penser que les conditions de la vie civilisée nous ont peu à peu, à travers de nombreuses générations, créé un nouvel état normal que l'alimentation de plus en plus artificielle à laquelle est soumise l'espèce humaine a eu pour résultat de modifier profondément, avec transmission héréditaire, la constitution microscopique des éléments du système nerveux affecté à la vie de nutrition. Ce qui nous a confirmés dans cette manière de voir, c'est que nous constatons le *summum* de cette modification chez des paralyés qui avaient abusé des alcools ou qui, par leur position dans le monde, sont contraints à figurer fréquemment dans ces repas où le plus sobre,

184 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

attiré par les productions excitantes de l'art culinaire, fait à son insu des excès insensibles.

Toujours est-il que voici ce que nous avons constaté chez nos paralysés généraux du côté du grand sympathique. Tous ces anneaux, sans exception, de la chaîne ganglionnaire, présentent à un faible grossissement une multitude de petites taches de rouille, les unes d'un brun foncé, les autres d'un jaune fauve. A l'objectif 3, et surtout à l'objectif 5, on reconnaît que chacune de ces taches correspond à une cellule et qu'elles sont dues à des grains de pigment qui remplissent tantôt la cavité cellulaire et qui, tantôt, n'occupent qu'un des pôles; que le noyau siège souvent au centre de cet amas pigmentaire, mais que parfois aussi il en est éloigné. En général, la pigmentation est plus accentuée au cou que dans toutes les autres régions. Souvent, elle ne reste pas limitée aux cellules ganglionnaires; les cellules adipeuses voisines ont un contenu plus ou moins teinté de brun; dans le tissu cellulaire ambiant, on aperçoit çà et là de petits dépôts de pigment qui alors est tout à fait noir.

Le plus ordinairement les vaisseaux sont intacts; mais on en trouve qui sont mouchetés de pigment noir. Il en est même dont les contours sont dessinés par des traînées pigmentaires. Un fait fréquent dans les ganglions cervicaux, c'est leur distension et même un certain état variqueux.

Si, dans l'observation microscopique du sympathique des paralysés, la coloration des cellules frappe d'abord, un examen attentif fait bientôt constater deux autres altérations, moins apparentes au premier abord, mais beaucoup plus sérieuses et surtout plus significatives. A part quelques points très-limités du ganglion, il y a une pauvreté incontestable en cellules. Par contre, le tissu connectif domine. La plupart du temps, ce tissu cellulaire surabondant est parsemé de nombreux et vastes départements de cellules adipeuses; la forme de ces départements, qui rappelle parfois le mode de groupement des cellules nerveuses, la présence au milieu de ces cellules adipeuses de

quelques cellules ganglionnaires qui y sont comme perdues, enfin leur teinte brune, font naître la pensée d'une substitution. Nous avons même rencontré des ganglions thoraciques presque exclusivement formés par de la graisse noyée dans un magma connectif. Dans tous les cas, ces trois altérations : pigmentation, surabondance du tissu cellulaire, substitution de la graisse à l'élément actif, doivent concourir à diminuer l'action des ganglions et à entraîner les conséquences d'une paralysie de l'innervation vaso-motrice.

Nous avons examiné avec la plus scrupuleuse attention l'état des vaisseaux et des méninges. Nous les avons étudiés en place au sein de la substance grise et de la substance blanche. Nous les avons en outre isolés à l'aide d'un filet d'eau ou par le battage dans l'eau acidulée par l'acide acétique. Nous en avons bien rencontré quelques-uns légèrement encroûtés de tissu cellulaire, et toujours dans des points limités ; mais nous pouvons certifier n'avoir jamais trouvé les preuves d'une véritable sclérose, surtout une sclérose capable d'entraîner les conséquences mécaniques invoquées par M. Salomon pour expliquer la production de la paralysie générale. Les capillaires les plus fins conservent leur lumière parfaitement libre. On ne peut pas admettre un seul instant ici un défaut de nutrition dû à une imperméabilité des vaisseaux. Il en a été ainsi non-seulement chez dix sujets qui ont servi de base à ce travail, mais encore chez sept autres dont les observations ont été publiées dans la dissertation inaugurale (1) d'un interne distingué de l'asile de Maréville, le docteur Mangenot.

Un mode d'altération vasculaire beaucoup plus constant et presque général pour chaque individu, est la présence, dans la tunique celluleuse des petites artérioles, de plaques plus ou moins étendues de pigment brun, enchevêtrées avec des cristaux

(1) Mangenot, *Thèses de Strasbourg*, 1867.

186 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

jaunâtres et des granulations graisseuses. Tous les rameaux ne présenteraient pas ces plaques, mais on peut dire que c'est presque une règle générale. Et, de plus, il n'y a point d'exceptions individuelles. Les capillaires qui sont munis du manchon signalé par M. Robin présentent en nombre considérable les mêmes plaques cristallines et pigmentaires dans la cavité circonscrite par cette enveloppe.

Très-souvent on remarque sur le trajet des vaisseaux de vastes agglomérations de granulations graisseuses. Elles sont, pour ainsi dire, fixées sur le trajet du vaisseau par une lamelle très-fine qui semble appartenir à la tunique celluleuse et en avoir été soulevée à la manière de l'épiderme dans la formation de l'ampoule.

Un fait qui nous a frappé, c'est la présence d'une grande quantité d'énormes globules de graisse dans la colonne sanguine qui stagne dans les vaisseaux. Ces globules de graisse libre, chimiquement et physiquement séparés des autres éléments du sang, tranchent au milieu des parties qui les entourent par leur proportion et leur grande réfringence.

Toutes ces altérations vasculaires se montrent indistinctement dans tous les points de l'encéphale. C'est dans le cervelet qu'elles sont le moins constantes et le moins marquées.

Si nous n'avons pas rencontré un seul cerveau de paralysé qui n'offre la dégénérescence pigmentaire et graisseuse, au moins dans quelques-uns de ces vaisseaux, nous pouvons assurer aussi que toujours un grand nombre de cellules renferment des granulations graisseuses bien au delà de ce que comporte l'état normal, même alors qu'à l'œil nu rien ne décèle la présence d'altérations pathologiques. Ces granulations ont pour effet de trahir immédiatement, même pour les yeux les moins exercés, et cela sans la concours des réactifs, la présence et la situation des cellules qui d'habitude sont comme perdues et latentes au milieu de la gangue granuleuse qui constitue le fond uniforme des préparations de substance grise. Elles forment plus spécia-

lement des agglomérations autour des noyaux et s'engagent jusque dans l'origine des prolongements. Généralement incolores, elles offrent exceptionnellement une teinte jaunâtre ; mais elles ne sont jamais accompagnées de granulations pigmentaires, que nous verrons au contraire abonder dans d'autres parties du système nerveux. Elles n'affectent point de siège particulier et exclusif. On peut en trouver dans toutes les régions, mais il y a toujours des points variables qui sont restés tout à fait indemnes. On peut en rencontrer à la base, sur la convexité, en avant, en arrière, dans toutes les circonvolutions indistinctement. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'elles sont plus abondantes dans les lobes frontaux. Il y en a aussi toujours dans les corps striés et les couches optiques. Jamais les cellules ne sont altérées dans le cervelet ; il en est également de la protubérance, même sous le rapport de la pigmentation. Les cellules du bulbe peuvent présenter des granulations graisseuses, mais ce n'est pas constant ; par contre, elles nous ont offert toujours des granulations à teinte ferrugineuse bien plus abondantes que chez les individus sains.

Partout on trouve çà et là, au milieu de la matière granuleuse, des plaques informes d'un rouge brun, restes probables de petites extravasations sanguines, et des globules de graisse libre agglomérés ensemble ou isolés. Parfois, ces derniers sont entourés d'une membrane mince, ce qui peut les faire regarder comme les représentants de ces petits noyaux auxquels M. Robin a donné le nom de *myélocistes*.

Quant aux tubes de la substance grise et de la substance blanche du cerveau, ils nous ont toujours paru normaux. Nous en avons bien vu se vidant facilement de leur contenu, mais c'est là un fait que nous avons constaté sur tous les cerveaux, n'importe leur provenance.

Enfin, relativement à la moelle, nous pouvons déclarer que nous n'avons jamais aperçu ni sclérose des cordons, ni granulation des tubes, ni même dégénérescence graisseuse. Le seul

188 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

fait qui nous ait frappés, c'est la présence d'une plus grande quantité de pigment dans les cellules avoisinant l'épendyme, et cela dans toutes les régions.

PHILOSOPHIE GÉNÉRALE ET PHYSIOLOGIE DE L'AFFECTION.

La paralysie générale attaque indifféremment l'un et l'autre sexe,⁴ mais elle sévit sur les hommes avec une supériorité marquée. C'est généralement de trente à quarante ans qu'on la voit se dessiner, et chez toutes les constitutions. Il est digne de remarque que les idiots et les imbéciles sont parfaitement indemnes de la maladie. Serait-ce que leur dégénérescence primordiale les mette à l'abri ? Nous l'ignorons, et il y a là une question à résoudre. Les conditions ethnologiques et de climat peuvent être un adjuvant aux causes déterminatrices ; ainsi, par exemple, on voit dans le Midi la proportion des femmes paralytiques être bien supérieure à celle des régions du Nord. Les conditions de milieu, où les abus de vie sont intenses, exercent une action causale des plus nettes ; les grands centres, particulièrement, favorisent les excès de boisson ainsi qu'une alimentation moins naturelle et plus irrégulière, et l'on y voit la paralysie générale se développer en raison directe des viciations de régime.

En dehors de l'hérédité à laquelle il faut ici, comme ailleurs en pathologie, attacher la plus haute importance de prédisposition, les causes qui agissent sur l'organisme d'une façon dépressive par excitation, l'ivrognerie, par exemple, chez l'homme, et la prostitution chez la femme, émoussent peu à peu les plexus viscéraux et le système ganglionnaire, modifient les éléments histologiques, et deviennent les puissants leviers de l'affection qui nous occupe. Mais, en terme général, nous pouvons dire que tout ce qui vient à troubler ou modifier les lois de la nutrition altère la chaîne des ganglions et amène insensiblement la morbidité vaso-motrice de tous les organes. Sans

vouloir nous étendre, nous dirons *à priori* qu'il n'est pas même nécessaire, pour le développement de la maladie, que de grands abus se fassent sentir; et, selon les conditions de terrain, on pourra voir qu'une alimentation défectueuse, de mauvais choix, diversement excitante, irrégulière, amènera la paralysie générale chez des individus réellement sobres. Telle constitution se fera également remarquer par une tendance prédispositive; ainsi, on a pu noter que, même après un repas ordinaire, certains individus se congestionnent facilement, que leur cou et le visage deviennent vultueux, et que ces phénomènes durent quelquefois plusieurs heures; il y a là évidemment dans le mouvement de la nutrition une influence ganglionnaire dont l'effet se fait sentir aux parties supérieures, qui peut occasionner à la longue des apoplexies, mais qui peut aussi, par une lente modalité de la chaîne centrale, amener la paralysie; aussi la sobriété la plus essentielle, le choix des aliments et des boissons, la régularité de régime, doivent-ils présider aux repas des individus que nous signalons. Les fatigues intellectuelles, en émoussant le système nerveux, modifient les conditions d'appétence et de nutrition. Telles et telles professions entraînent souvent des écarts involontaires et légers d'alimentation qui, au bout d'un certain temps, deviennent funestes pour l'économie dans le sens pathologique que nous envisageons; ainsi, nous avons en ce moment sous les yeux l'exemple d'un homme des plus honorables et que sa situation élevée forçait à ne refuser aucune invitation de dîner ou de soirée; malgré sa retenue, il a mené sans s'en douter une existence irrégulière, et l'ingestion répétée de mets excitants, savoureux, mais anti-naturels, etc....., a troublé sa physiologie ganglionnaire, et il est devenu paralysé général.

En un mot, nous le répétons, toute excitation prolongée de la chaîne du sympathique amènera progressivement son affaissement et sa paralysie avec les symptômes vaso-moteurs et réflexes qui en seront la conséquence.

190 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Mais, en dehors des conditions anormales, et par influence directe de la nutrition, d'intoxications graduelles de nature diverse, ne pourrait-on peut-être encore avancer que des altérations ganglionnaires provenant du fait de grandes causes modificatrices, la syphilis, par exemple, détermineraient les symptômes de la paralysie générale ?

Pour nous, différentes causes qu'on a indiquées, telles que coups, chutes....., érysipèle de la face, etc....., n'ont qu'un caractère trompeur de coïncidence.

On a peu l'occasion de suivre la maladie au début. Malgré tout, les quelques observations qu'on possède et les renseignements qu'on parvient peu à peu à se procurer permettent d'établir la corrélation entre l'état actuel et les phénomènes primitifs, et de fusionner bientôt des symptômes dont le rapprochement paraît manifeste.

Et d'abord, disons que nous ne pouvons plus admettre aujourd'hui ce que nous admettions jadis, à savoir, la séparation bien limitée des périodes de la paralysie générale qu'on a décrites et qui seraient celles-ci :

1° Période de délire sans lésions ou même avec lésions légères de la vie de relation, ou bien encore lésions physiques légères avec délire consécutif. 2° Défaut de coordination des mouvements, exagération du sentiment, troubles dans les phénomènes électro-dynamiques et électro-chimiques des sécrétions ; le délire existerait encore dans cette deuxième période. 3° La démence a commencé, démence paralytique bien différente de la démence ordinaire, en ce sens que l'obtusion est plus stupide, la dégradation plus complète. En même temps que la vie de relation s'affaïsse de plus en plus, défaut de coordination dans les mouvements de la vie organique, état gâteux consécutif. 4° Destruction entière de toute réceptivité cérébrale ; abolition plus ou moins complète des sens spéciaux, de la sensibilité générale, de la douleur ; interruption fonctionnelle de la vie de relation ; la vie organique s'éteint de plus en

plus ; troubles de la circulation ; adynamie profonde et phénomènes ataxiques ; marasme qui se caractérise par diverses formes ; mort.

Dans beaucoup de maladies, les périodes sont parfaitement tranchées. Pour celle qui nous occupe, elles sont plus apparentes que réelles ; elles se fondent les unes dans les autres, du moins en ce qui regarde l'état somatique ; car il est fatal pour l'état psychique que la compromission des facultés ait sa route graduelle jusqu'à la démence. Les symptômes de la vie de relation et de la vie organique sont connexes ; leur marche est simultanée, mais avec des différences d'intensité, ce qui fait que les uns masquent les autres. Les symptômes dynamiques semblent plus intenses d'abord que les symptômes organiques, dont l'exagération ne se dévoile que beaucoup plus tard ; aussi l'attention s'est-elle portée de prime-saut sur les phénomènes dynamiques en en constituant une période précéssive, et l'on a négligé à l'origine les phénomènes organiques légers qui les accompagnent. Il y a, au début, simultanéité de ces derniers, dont les éléments passent inaperçus : troubles de la sensibilité générale et locale, que corroborent les variations de calorification, les rougeurs fugaces de la face, les sécrétions anormales dont la modalité se fera de plus en plus sentir et qui s'accuseront progressivement, par exemple dans les qualités de nutrition de la peau, dont les changements d'aspect, principalement au visage, deviennent manifestes ; les déviations du goût, bizarreries d'appétits, dérangements rémittents de l'estomac, troubles diarrhéiques passagers ; les anomalies de quantité et de qualité de la sécrétion urinaire qui, pour le pathologiste, semblent se lier d'une façon plus tangible à l'action vaso-motrice. Toutes ces conditions, et d'autres encore, s'offrent déjà avec l'adynamie quand la lésion du langage et les grands signes d'incoordination qui arrêtent surtout l'esprit de l'observateur n'ont pas encore apparu. Ces phénomènes, nous le répétons, ou bien ne sont pas vus, ou bien en imposent *à priori* pour d'autres signes

192 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

maladifs, et ils restent masqués pendant longtemps avec des variantes d'intensité par les lésions beaucoup moins frappantes de la vie de relation ; mais, ne fallait-il pas qu'ils fussent d'abord un peu faibles avant de se montrer plus tard avec la gravité qui se remarque au déclin de la paralysie générale.

En même temps, et toujours comme prodromes que devront vérifier des accidents morbides ultérieurs plus nets, l'état mental se caractérise par des changements d'humeur, de caractère, par des perversions d'intelligence et de sentiment ; puis, le délire s'affirme plus ostensiblement, soit que — état le plus commun — il se montre avec des prédominances ambitieuses ou lypémaniaques, soit qu'il soit général sans accuser de forme spéciale. Dans ce dernier cas, les grands symptômes de la paralysie générale peuvent rester longtemps voilés, et l'on peut même se figurer n'avoir affaire qu'à une folie ordinaire ; puis, tout à coup ils apparaissent ; leur intensité simultanée prend en quelque sorte le caractère subintrant, et la marche de la maladie est beaucoup plus rapide. Plusieurs fois nous avons été surpris de ce fait, et nous pouvions penser à une complication de la folie ou à ce que cette dernière fût jugée par la paralysie générale. Un examen attentif a pu nous faire voir que, dans le cas que nous citons, l'élément congestif cérébral couvre toute la scène, et la vultuosité de la face avec fibrillations fugaces, l'œil brillant et en saillie, des instabilités de l'iris, des trémulences rémittentes et très-passagères du langage font différencier l'état qu'on observe d'avec celui des maniaques ordinaires et oblige à réserver un diagnostic qui se confirme ultérieurement.

Répondons incidemment à l'une des questions que nous avons posées : On a pu croire que la paralysie générale a suivi le délire, comme le délire lui aurait succédé. En cela on a été évidemment de bonne foi, mais à notre avis on a fait erreur. En symptomatologie, en effet, il ne faut pas prendre uniquement pour fait accompli la période d'état bien constituée ; avant que le délire soit formel, il y a dans les modifications intel-

lectuelles et morales des éléments qui, pour être faibles et latents, parce qu'ils se dessinent imparfaitement ou sont rémittents, n'en sont pas moins morbides et constituent les accidents précurseurs d'un délire, et l'on doit en tenir un grand compte quand ce dernier ne s'accuse pas encore d'une façon formelle. Le même raisonnement peut s'appliquer au délire qu'on aurait remarqué sans symptômes de paralysie générale qui ne serait venue qu'ensuite; c'est-à-dire que le fait inverse de tout à l'heure se produit; le délire est très-évident, et les troubles physiques légers se caractérisent par des accidents vagues de la vie de relation et de la vie organique sur lesquels l'attention ne se repose pas assez ou qui en imposent pour des accidents maladifs tout autres; puis, un changement subit a lieu, et le grand cortège symptomatique apparaît. Là est la cause de l'erreur qui a consisté à faire suivre les délires par la paralysie générale.

Les considérations succinctes auxquelles nous venons de nous livrer, voient s'accorder la théorie et la clinique. En descendant ensuite dans l'examen des grands symptômes, c'est-à-dire ceux qui frappent davantage et autour desquels se rallient ceux d'un ordre inférieur ou parallèle, nous trouvons dans les uns et les autres l'application clinique qui s'accorde avec les signes anamnestiques, les données physiologiques qui corroborent, et l'histologie qui confirme.

Nous avons dit que nous refusions aux centres encéphaliques la royauté trop absolue qui leur a été départie; et, ce qui nous frappa depuis longtemps dans ce sens-là, ce ne furent point précisément, par exemple, les troubles de la motilité qu'on peut expliquer par processus descendant.

Les divers degrés d'altération de l'arachnoïde et de la pie-mère, sur lesquels, à la suite de Bayle, l'esprit des nosographistes s'est tant appesanti, les adhérences des membranes avec la couche corticale, le ramollissement de cette dernière, les indurations et éminences crétiformes de la substance blanche,

194 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

les granulations ventriculaires ne nous ont point paru revêtir un caractère suffisant pour expliquer complètement les troubles de la motilité ; encore moins avons-nous été satisfaits, pour nous rendre compte des lésions de la sensibilité générale et locale, des modalités de sécrétion liés intimement aux phénomènes de nutrition, ainsi que des perversions du système circulatoire central et périphérique. Il était nécessaire de chercher autre part que dans le cerveau, et même ultérieurement dans le cœur, les raisons finales d'une pathologie aussi étendue que celle de la paralysie générale, amenant toujours invariablement la fin des organes et ayant ceci de particulier que, sauf les cas foudroyants de congestion simple, de congestion épileptiforme ou d'apoplexie qui n'arrivent pourtant que très-tard, il est fatal que les fonctionnements de l'économie soient amenés un à un au dernier degré d'impossibilité pour qu'il y ait cessation de vie.

« On connaît aujourd'hui, dit M. Magnan, un nombre assez considérable de cas dans lesquels des lésions médullaires se sont propagées vers le cerveau ; en présentant d'une façon parallèle pendant la vie des symptômes qui, d'abord manifestés aux extrémités inférieures, se sont peu à peu étendus vers les parties supérieures du corps pour aboutir en dernier terme au développement de la paralysie générale. En outre de ces faits à marche ascendante de la lésion de la moelle vers le cerveau, nous avons observé d'autres cas à marche descendante du cerveau vers la moelle, avec des troubles insolites également des extrémités inférieures à une certaine période de la maladie. Dans ces cas, qui nous montrent la solidarité et l'unité du système cérébro-spinal, il nous est facile d'apprécier la pathogénie de la lésion et son développement jusqu'aux limites extrêmes. »

Nous marchons d'accord avec M. Magnan sur ce grand point principal, l'enlèvement de l'autonomie du cerveau. Comme lui, nous voyons un processus descendant, mais il ne serait que

secondaire, en formant un cercle vicieux avec le processus ascendant, auquel nous donnons une origine tout autre que celle de M. Magnan ; et le point de vue où nous nous plaçons ici devient fort important, car il constitue toute notre doctrine. Il n'est pas moins vrai que les points de séparation, à mesure qu'on s'éloigne de la localisation trop exclusive de la maladie dans le cerveau, ont de plus en plus une étendue qui ne peut que diminuer, et que la science se constitue d'une façon plus physiologique.

Nous marchons d'accord avec M. Magnan pour enlever au cerveau la part trop exclusive qui lui a été faite, et pour reporter plus loin dans l'organisme le point originel.

Que la moelle, surtout dans la substance grise et les cordons postérieurs, soit attaquée, nous ne le contestons pas, quoique, dans nos observations personnelles, nous n'ayons rencontré qu'une pigmentation plus accentuée des cellules voisines de l'épendyme ; mais, nous avons montré que le grand sympathique était profondément altéré et, pour nous, c'est l'action vaso-motrice qui cause en grande partie les troubles de la motilité, provoque ceux de la sensibilité, modifie les lois de nutrition, pervertit les sécrétions, détruit les conditions circulatoires centrale et périphérique, entrave les attributs normaux des phénomènes réflexes, et forme simultanément l'élément congestif cérébral.

Prenons un exemple de physiologie clinique dont nous aurions le mouvement primordial. Supposons un individu intoxiqué par l'alcool. Connaissant tous les plexus viscéraux, leur influence dans les lois de nutrition, et tenant compte plus tard des actions réflexes, on expliquera aisément, lors de l'absorption d'abord et lors de l'assimilation aux limites extrêmes de l'économie, l'excitation périphérique incessante dont le mouvement morbide entraînera progressivement la lésion des éléments histologiques de la chaîne ganglionnaire qui subit aussi l'action directe de l'imprégnation alcoolique, se transmettra à

196 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

la moelle qui le renverra ; de là un cercle vicieux de conditions pathologiques qui agira peu à peu, et d'une façon connexe, sur tous les nerfs vasculaires de l'économie ; en fin de cause, nous trouverons la raison des atteintes générales de la vie et, en ce qui touche plus spécialement le cerveau, de l'élément congestif dont les diverses phases se caractériseront par des altérations réciproques.

L'intoxication alcoolique, point causal le plus culminant, devient une des origines les plus formelles des troubles paralytiques ; mais, ajoutons de nouveau que les abus divers ou perversions continuelles de régime lèsent les propriétés fondamentales de la nutrition, attaquent d'une manière spéciale le système ganglionnaire ; c'est là qu'il nous faut voir le *primum movens* de la maladie, et la paralysie générale vient résumer pour nous la plus grande part de la pathologie du grand sympathique.

Par suite de la paralysie des nerfs vaso-moteurs, des congestions passives ont lieu partout. Si le cerveau semble être pris de meilleure heure, si les symptômes qui en sont la conséquence frappent davantage, c'est probablement parce que l'intensité de l'altération est plus marquée dans les ganglions cervicaux du grand sympathique. Quoi qu'il en soit, la paralysie de ce dernier amène la congestion de la base du crâne, se propage au cerveau, à ses enveloppes et aux parois crâniennes ; d'où les lésions multiples observées et dont quelques-unes qui ont plus vivement attiré l'attention, comme les kystes arachnoïdiens, le ramollissement cortical, les granulations ventriculaires ne sont que des produits d'inflammation. La paralysie des tuniques des vaisseaux, consécutive à l'action vaso-motrice, leur ôtant le ressort suffisant à la tension sanguine, on peut encore s'expliquer la filtration à travers les parois qui donne lieu, comme on le voit dans les méninges, aux liquides intra- et sous-arachnoïdiens, aux plaques d'exsudat. La physiologie démontre, lors de la section du grand sympathique au cou, une certaine

tendance aux épanchements. Or son métamorphisme pathologique est le phénomène semblable, et l'inflammation secondaire du cerveau, une fois confirmée, ne fait que corroborer la tendance à l'apoplexie sanguine ou séreuse.

La congestion de la face avec modifications visibles de la peau et de sa perspiration (vergetures, teinte huilo-terreuse...) est un degré apparent des troubles vaso-moteurs; la paralysie se porte sur le système des nerfs vasculaires, et le point de départ doit se retrouver dans la chaîne ganglionnaire, principalement l'extrémité supérieure et ses branches de communication, tant avec les éléments nerveux de l'axe spinal qu'avec les nerfs d'origine cérébrale et le cerveau lui-même.

A un degré avancé de la maladie, on voit, non pas cependant chez tous les sujets, se développer des hématomes du pavillon de l'oreille, ces tumeurs si bien décrites par notre excellent ami, le docteur Ach. Foville. Ce sont de véritables apoplexies congestives qui trouveront leur raison d'être dans la dégénérescence graduelle du sympathique finissant par se frapper de plus en plus de léthalité; il en résulte une turgescence des vaisseaux de l'oreille, et, à la limite, l'apoplexie se produit; c'est la répétition pathologique de la section expérimentale du nerf au-dessus du ganglion cervical supérieur. Il faut néanmoins, au point de vue clinique, tenir compte d'un point important: c'est que, déjà les irritations successives et l'altération ganglionnaire progressive ayant amené l'inflammation secondaire de la base du crâne, des méninges et du cerveau, cette apoplexie de l'oreille devient une crise avantageuse au malade; elle se passe, en effet, dans les auriculaires postérieures, dépendance de la méningée moyenne; si sa production n'avait pas eu lieu, on aurait vu se développer une apoplexie cérébrale ou méningée, ou tout au moins une congestion intense dont la sidération consécutive aurait amené la mort.

Les idées de M. Ach. Foville s'étaient déjà vaguement portées sur la doctrine que nous professons aujourd'hui. Après

198 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

avoir (1), avec Bird, attaché la plus haute importance au caractère général de la circulation céphalique à cause des traits de ressemblance avec les phénomènes de M. Bernard, il dit « qu'il est important d'insister sur cette ressemblance des symptômes observés chez les animaux mutilés par la section de leur sympathique avec ce qu'il est donné de voir dans la pratique médicale. Ce rapprochement doit être intéressant pour les aliénistes auxquels il peut suggérer différentes vues relatives aux formes congestives des maladies mentales... ; il peut mettre sur la voie d'hémorragies intra-crâniennes, méningées... ; on doit, sans doute, y rattacher ce gonflement bleuâtre des gencives avec exsudation sanguine qui n'est pas très-rare dans la paralysie générale, en dehors de toute disposition scorbutique. »

Un autre symptôme de valeur réelle, parce qu'il appuie la lésion anatomique et la donnée physiologique, est la modification pupillaire. Les changements divers qui se manifestent dans les modes de contractilité de l'iris appartiennent d'une façon plus ou moins variable à tous les degrés de la paralysie générale. La déformation de l'iris et les variations de l'ouverture pupillaire sont de règle constante, mais ne se présentent pas toujours d'une façon identique. Il y a une différence très-notable suivant le degré de la maladie, et coïncidant même avec sa forme mentale symptomatique. On constate rarement des altérations de la vision, apparentes au moins ; quelquefois, cependant, il y a affaiblissement de la vue et un peu de strabisme. L'ophtalmoscope aurait fait découvrir au docteur Wendl des apoplexies de la rétine et un déroulement de l'artère ciliaire. Toutes considérations gardées, on trouvera des termes tout autres de contractilité et de symétrie concurremment avec les formes de délire général sans prédominance de délire mélancolique, de manie avec prédominances mégalomaniaques,

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1859 ; *Tumeurs sanguines de l'oreille*.

et ces termes pourront changer quand le délire se transformera en démence; mais il ne faut pas oublier que les altérations anatomiques varient en même temps par augment d'intensité, et que les symptômes cliniques devront marcher de pair. Ce sont là des points formels d'observation, mais auxquels on ne saurait imposer des règles fixes, toujours les mêmes. La seule règle générale est qu'il y a des modifications pupillaires. Tantôt les deux pupilles sont extrêmement petites, et les mouvements contractiles difficiles; tantôt, et c'est ce qu'on remarque le plus habituellement, l'une des pupilles — peut-être plus souvent la droite — est surtout affectée; d'autres fois, les pupilles, tout en ayant un défaut de symétrie, restent rondes; dans d'autres cas, leur surface est irrégulièrement polygonée et l'axe de l'œil a subi une obliquité. En même temps, on voit au cercle ciliaire des altérations remarquables de coloration; l'œil a subi une vascularisation à intensité variable et, sans être positivement projecté en avant, il offre une voussure plus ou moins prononcée que, le premier, signala M. Moreau (de Tours), voussure qui, se développant peu à peu, n'atteint jamais cependant un degré de proéminence exophthalmique. La congestion suffit à elle seule pour expliquer ces faits; mais aussi les fibres musculaires de l'aponévrose orbitaire subissant une excitation continuelle repousseraient l'œil en avant; à cela il faudrait encore joindre l'épaississement du tissu cellulaire cornéal. Toujours est-il que tous les symptômes qu'on remarque dans l'œil, et particulièrement à l'iris et aux pupilles, reconnaissent évidemment pour cause l'élément congestif, et même l'irritation directe provenant du sympathique. Les modalités protéiformes de grandeur, de petitesse, de déformation, de vascularité, de sugillations, etc. . . ., sont sous la dépendance de la congestion, dont la puissance se fait sentir avec des différences d'intensité suivant les terrains, les degrés de substitution histologique, peut-être même aussi suivant la cause qu'elle reconnaît. Les différences dans les symptômes dont nous par-

200 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

lons ne sont que des différences de forme, et sont uns dans leur essence ; il serait imprudent, à notre avis, et contraire à tout esprit de physiologie pathologique, de vouloir, comme on l'a fait, subordonner les signes dont nous parlons à telle ou telle forme prédominante de délire ; cette forme prédominante constitue un symptôme à part, n'ayant qu'un rapport de coïncidence avec l'état pupillaire qui n'est dépendant que de la congestion ; et cette congestion est parfaitement en relation avec la dégénérescence du bout supérieur du sympathique qui se trouve en paralysie et nous donne la raison des symptômes observés du côté de la tête.

Nous avons d'abord parlé de l'extrémité céphalique, parce que, en raison de l'intensité plus grande de la dégénérescence histologique de la portion supérieure du grand sympathique, nous avons cru devoir, pour l'histoire descriptive, rendre d'abord compte des phénomènes congestifs qui s'accusent de ce côté d'une façon plus marquée.

Passant à un autre ordre d'idées, nous dirons que l'influence du grand sympathique se fait, à propos de la nutrition générale, sentir d'une façon toute particulière. Dans l'état ordinaire des choses, cette influence existe au plus haut degré dans les actes de nutrition. La dissémination des filets du grand sympathique dans la poitrine et l'abdomen se fait à l'infini, et l'action vasomotrice est des plus caractérisées, non-seulement dans les conditions d'augment ou de resserrement du calibre des vaisseaux, et par contre dans celles successives d'assimilation des éléments hygides, mais encore dans les conditions de sécrétion dont l'activité variable, si elle vient à éprouver un trouble, se pervertit dans ses phénomènes métamorphiques de biologie incessante à l'extrémité des tissus. Le paralysé général a déjà le goût paralysé ; tout aliment lui devient indifférent. Il mange avec boulimie ; il digère avec une facilité très grande, ou du moins les *féces* sont plus copieuses que dans l'état normal ; il semble — qu'on nous permette ce paradoxe — qu'il rende plus qu'on

ne lui donne. Déjà là se manifestent de véritables troubles dans la physiologie digestive. Peu à peu il devient gâteux. Cet état gâteux des paralyés généraux nous frappa vivement et, pour l'expliquer, nous refusâmes une simple influence mécanique, comme, par exemple, la paralysie du sphincter anal indiquée pendant longtemps. Nous fûmes conduits à l'attribuer aux troubles exercés par les nerfs vaso-moteurs sur le système péristaltique et sécrétoire de l'intestin, sur la sécrétion du foie, du pancréas. Le même effet altère la sécrétion des reins et le mouvement fonctionnel de la vessie; par conséquent, miction involontaire.

On arrive à cette opinion quand on se trouve en présence des modalités de diverse nature et constantes du foie, du pancréas, des reins; en présence des altérations de l'intestin, soit épaissement de la muqueuse, soit amincissement des tuniques. Fatalement on est conduit aux conditions anormales de l'absorption et de ses produits, et, ce qui suit inévitablement, aux impossibilités de nutrition générale, à l'altération des liquides nourriciers dont la physiologie a été troublée dès le début de leur formation, aux processus congestifs, à la nosomorphie graduelle des organes et, en particulier, à leur dégénérescence graisseuse et à leur pigment. — Ici on a affaire à une substitution d'éléments homœomorphes aux éléments naturels; ce ne serait pas une production accidentelle, ce serait un remplacement par éléments morbides d'un tissu qui serait résorbé sans être suppléé par des molécules équivalentes.

Nous disons que l'état gâteux, les troubles de nutrition, tiennent à la perturbation des phénomènes électro-dynamiques et électro-chimiques des sécrétions; autrement dit, la quantité et la qualité sont lésées. Non-seulement cela tient aux altérations de la chaîne et des divers plexus du sympathique, mais aussi aux branches pectorales qui, s'unissant aux pneumogastriques, se rendent avec lui à l'estomac.

Avant de quitter l'appareil de nutrition, notons encore un

202 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

symptôme qui se montre à un degré avancé de la maladie. On sait que les paralysés généraux mangent avec une grande glotonnerie, et que l'encombrement brusque des aliments au pharynx a quelquefois déterminé l'asphyxie. En dehors du fait de glotonnerie qui rentre dans les phénomènes instinctifs, nous devons considérer l'empêchement des conditions de la déglutition par le fait de la paralysie de tous les éléments musculaires qui servent à cette fonction et qui expliquera qu'on doit tenir un grand compte de la *vis a tergo* des aliments sur eux-mêmes pour leur passage dans l'œsophage. Par exemple, les faisceaux musculaires qui vont des cartilages aryténoïdes à l'épiglotte ont pour but d'agir sur elle quand, au moment de la déglutition, elle doit recouvrir l'ouverture de la glotte; ils reçoivent leur innervation des nerfs récurrents. Or, nous pensons que, chez le paralysé général, l'encombrement seul et brusque des aliments ne suffirait pas pour empêcher le mouvement de l'épiglotte, qui éprouverait encore un obstacle de la part de son aryténoïdien paralysé ou ayant déjà subi un commencement de paralysie. Nous devons trouver là une liaison avec les conditions morbides des pneumogastrique, glosso-pharyngien et du système ganglionnaire, et nous verrons une connexité à établir avec les phénomènes de M. Bernard dépendant de la section des pneumogastriques dans la région moyenne du cou; les aliments arrivent dans l'estomac presque par leur propre poids, avec précession de certaines contractions du pharynx, en suivant l'œsophage plus ou moins paralysé. Ici, dans l'estomac, comme cela a lieu dans l'intestin, on verra se surajouter les perversions de sécrétion par lésion ganglionnaire, et ces actes passifs viennent confirmer l'appréciation que nous avons faite plus haut de l'état gâteux et de la diarrhée des paralysés généraux.

Le mâchonnement des paralysés, l'excitation des glandes salivaires, le ptyalisme s'expliqueront, d'un côté par les anastomoses du grand sympathique avec le plexus cervical, et, de

l'autre, par la transmission des centres vers les organes sécréteurs par les ganglions sphéno-palatin, otique, sublingual, etc. . .

Si nous passons aux éléments fournis par le système circulatoire, on se trouve fortement saisi, d'abord en face des stases sanguines plus ou moins avancées du poumon qui se relie évidemment pour nous aux lésions de la chaîne ganglionnaire à laquelle prennent part en même temps les ganglions spéciaux des pneumogastriques. Leur lésion pourra en particulier nous rendre compte des emphysèmes ou congestions passives du poumon, des irrégularités du rythme du cœur et de la diminution de la pression du sang dans l'appareil circulatoire; diminution qui, coïncidant avec la dépression des nerfs vasculaires, confirmera différentes modifications par altération de ces organes.

Les congestions dont nous parlons deviennent symétriques des lésions intra-crâniennes.

L'hématose aux capillaires a subi une notable entrave et, depuis longtemps, la teinte rouge violacée et la vergetture des téguments, l'abaissement de la température ou son paradoxe d'exagération, le souffle râpeux du cœur, attestent l'empêchement d'assimilation, et, selon les terrains comme selon les degrés d'intensité ou d'avancement du mal, une disposition gangréneuse et la gangrène.

Disons d'abord que l'état passif inflammatoire général; les caillots crâniens ou stratifiés dans les gros vaisseaux et le transport de quelques concrétions dans les capillaires qui en ressentiront d'autant plus mal la présence qu'ils n'ont pas, comme les artères, la contractilité nécessaire à la poussée sanguine; l'épaississement des orifices et l'hypertrophie du cœur accélèrent évidemment la gangrène, et la mort n'est pas loin. Mais ici les choses se passent tout différemment que dans la clinique ordinaire des maladies du cœur et des vaisseaux; et il faut attendre, sans réaction bien particulière à noter, que le marasme ait produit la fin des infiniment petits de l'économie.

204 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il semble enfin que la paralysie générale veuille que tous les organes soient amenés un à un au dernier degré d'épuisement pour que la fin de l'individu arrive.

Le côté spécial de la gangrène qui survient chez les paralysés généraux à la période ultime n'a pas échappé à l'esprit investigateur de M. Baillarger (1), qui pourtant ne s'y est pas davantage appesanti. Elle prend une forme anormale en même temps qu'elle revêt un caractère spécial propre à l'affection. Lorsqu'elle se développe, un travail éliminateur cherche à se produire, mais n'avance ni ne recule. Si le défaut de vitalité qu'engendre la maladie en est la principale source, il n'en est pas moins vrai que ce défaut de vitalité s'exerce d'une façon entièrement une. L'inflammation des capillaires parcourt avec rapidité toutes ses périodes, la mortification locale est rapide ; aucun symptôme général n'annonce l'approche de la gangrène ; le dernier degré arrive sans que l'économie semble trahir les graves empêchements circulatoires et le défaut d'assimilation aux termes infinitésimaux des organes ; elle persiste encore assez longtemps sans influence apparente sur la fin de la maladie. Cette gangrène tient à une action passive inflammatoire spéciale dont le siège électif est dans la dépression graduelle ou la paralysie des nerfs vasculaires, ce qui explique le peu de retentissement sur les phénomènes généraux ; et, ce qui viendrait corroborer ce dernier point, ce sont des gangrènes internes, de la muqueuse vésicale, par exemple, du poumon, du foie, ou une tendance à se produire. Les organes internes ne sont pas plus exempts que les organes externes et ne donnent pas davantage lieu aux réactions générales qu'on remarque dans la symptomatologie des lésions que nous venons de signaler. En un mot, si nous disions précédemment qu'il semblait nécessaire, dans la paralysie générale, que les organes fussent amenés un à un au dernier

(1) *Gazette des hôpitaux*, 5 janvier 1860.

degré d'épuisement, ajoutons aussi qu'il semble que toutes les actions morbides se passent une à une sur place, et que c'est leur enchaînement qui fait la maladie (1).

Pour terminer cette esquisse, nous pouvons attribuer l'ataxie de la langue et du voile du palais aux communications avec le ganglion cervical supérieur du glosso-pharyngien par ses ganglions et ses branches, de l'hypoglosse par ses filets anastomotiques du rameau carotidien, et aussi du nerf lingual par le ganglion de Meckel; mais nous devons dire que cet état pathologique peut fort bien s'expliquer par processus descendant du cerveau; car, tout en attachant le caractère sérieux qu'elles comportent aux anastomoses en physiologie, nous ne voulons pas exagérer leur importance.

Nous pouvons aussi dire, sans pour cela négliger l'action directe de la moelle dont l'influence ne peut nous échapper, que la portion pelvienne du grand sympathique et le plexus mixte qui résulte de son union avec les branches sacrées de la moelle, l'animation qui en résulte aux vaisseaux des membres inférieurs, nous expliquent la perturbation vaso-motrice et, par suite, le défaut de nutrition; d'où l'incoordination des mouvements, l'empâtement de la marche, la titubation, troubles dynamiques divers. Là, comme dans tout le reste de l'économie, il y a cercle vicieux des processus morbides.

En résumé, le grand sympathique, s'il n'a pas par lui-même — ce qui n'est point encore prouvé — d'activité propre de sensibilité et de mouvement, préside aux actions vaso-motrices et possède à leur *summum* les propriétés réflexes. Toutes ses qualités étant entravées par sa dégénérescence, l'antagonisme vital que pourrait exercer l'axe cérébro-spinal, atteint du reste lui-

(1) H. Bonnet, *Considérations sur la paralysie générale*. Paris, Victor Masson, 1860. — Et *Rapport de Marcé* (*Soc. méd.-psych.*, 1860) à propos de ce travail, où il est question de la gangrène et de l'état de la circulation.

206 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, ETC.

même secondairement, se trouve enrayé, et les fonctions meurent une à une.

Le grand sympathique, étant dégénéré, se trouve par le fait en état de paralysie et n'a plus le pouvoir de conduire les impressions et de renvoyer les mouvements aux fonctions de la vie végétative.

S'il est éminemment conducteur de sensibilité et de mouvement, les impressions vers les centres nerveux et l'excitation directe sur les organes ne se font, dans l'état physiologique, qu'avec lenteur. Aussi s'expliquera-t-on bien par là la lenteur de la marche progressive de la paralysie.

(La fin au prochain numéro.)

MANIE RAISONNANTE

ÉTILOGIE ET PATHOGÉNIE (1)

(Suite et fin.)

Par M. le docteur **CAMPAGNE**,

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse).

Parvenus à cette hauteur, nous ne pouvons plus avancer dans la même voie. Les faits sont nuls, l'observation s'arrête, et cependant la véritable cause de la manie raisonnante nous échappe toujours ! Espérons encore, et cherchons à tirer de quelques considérations d'étiologie générale et des documents fournis par les faits déjà exposés dans le cours de ce traité, une indication qui puisse nous circonscrire, assez nettement et avec assez de certitude, un petit cercle où les causes de la manie doivent nécessairement se rencontrer. C'est un moyen moitié direct, moitié indirect, qui nous permettra de nous approcher beaucoup de notre but s'il ne nous le fait pas atteindre.

Les maladies dont l'étiologie nous est connue ne dérivent que de deux sources : elles viennent de nous-mêmes ou d'une infraction prolongée aux lois de l'hygiène. Il n'est pas possible qu'elles aient d'autres origines. Partant de ce point, il est clair que ces infractions ont dû porter inévitablement sur les agents désignés par les anciens sous le nom des choses non-naturelles que Hallé divise en six classes : *Circumfusa*, *Applicata*, *Ingesta*, *Excreta*, *Gesta* et *Percepta*. Or, parmi ces genres de stimulus, nous ne voyons que les *ingesta* qui soient susceptibles de sévir sur les ascendants de tous nos malades. Alors, il faudrait supposer que leurs aïeux, bis-aïeux, trisaïeux, ont fait des excès de table.

(1) Extrait d'un travail couronné en 1867 par la *Société médico-psychologique* (prix André).

Cette supposition paraît d'autant plus plausible, que les familles de nos malades, jouissant d'une position qui leur permettait de vivre dans l'aisance, ne pouvaient guère observer, dans des conditions semblables, les préceptes de sobriété recommandés par l'école de Salerne. Au reste, l'apoplexie (mentionnée dans nos observations trois fois chez le père, une fois chez la tante maternelle, trois fois chez le grand-père et une fois chez le grand-oncle, sans compter plusieurs autres ancêtres gros mangeurs), semble justifier cette hypothèse. Néanmoins, en acceptant les excès de table des ancêtres comme influence initiale et générale, nous ne pouvons pas lui attribuer, n'ayant pas en elle-même une énergie visiblement proportionnelle à l'effet produit, qu'un rôle accessoire ou exceptionnel. D'ailleurs, comment ces excès perpétués dans la famille auraient-ils modifié défavorablement l'organisation psychique de tous les membres et aggravé le mal en traversant les générations ?

Il faut assurément qu'un autre agent caché là-dessous vienne nous dévoiler le mystère que nous essayons de pénétrer. Cet agent, puisque les infractions aux lois de l'hygiène restent muettes, ne peut être que dans le labyrinthe de l'organisation, et celle-ci ne nous a rien dit jusqu'à présent.

Si, au lieu d'examiner cette organisation dans l'individu isolément, nous jetons un coup d'œil sur l'arbre généalogique formé par l'ensemble des personnes qui se sont succédé pour aboutir aux maniaques raisonnants, nous découvrirons, au milieu des branches secondaires qu'il faudra élaguer, un tronc principal caractérisé essentiellement et constamment par une prédominance des sentiments égoïstes, devenue, en se propageant, de plus en plus malade. Mais sous ce nouvel aspect nous ne voyons encore là que l'hérédité ; or, l'hérédité, nous le savons, ne produit rien ; continuons cependant notre route.

La symptomatologie de la manie raisonnante ne nous a fait voir nulle part la moindre trace de perversion, d'ataxie pathologique ; nous n'y avons vu non plus aucune illusion ou halluci-

nation, aucun phénomène qui par sa nature soit évidemment anormal, tandis que partout surgissent les signes d'une exagération pure et simple du caractère égociste, qui doit nécessairement provenir des mêmes sources que le caractère normal, et qui, comme celui-ci, doit forcément se transmettre avec la vie de génération en génération.

Nous voilà encore en face de ces transmissions héréditaires normales qui nous masquent toujours la cause primordiale de la manie raisonnante.

La marche de la maladie, ou plutôt la marche du développement mental des maniaques raisonnants, démontre qu'ils sont conduits graduellement et directement vers la folie en passant par des péripéties nombreuses qui, malgré leur diversité apparente, aboutissent au même but. Cette évolution nous a paru avoir un tel degré d'importance, de certitude, de constance, que nous n'avons pas hésité à lui donner le titre de *cause déterminante*. Une fois le développement mental terminé, la manie raisonnante est définitivement établie; elle ne s'aggrave plus, et la démence ne vient jamais remplacer par une forme terminale sa physionomie primitive. La croissance morbide, aussi bien que la croissance psychique, s'arrête vers l'âge adulte pour ne plus reprendre sa course chez le même individu; elle reprendra peut-être son élan à la génération suivante, si les circonstances ne lui sont pas trop défavorables, et se traduira de plusieurs manières : stérilité, avortement, mort à la naissance ou un peu plus tard, imperfection mentale, imbécillité, idiotie, folie, etc., selon les conditions organiques et les prédispositions momentanées ou permanentes que présentera le conjoint du maniaque raisonnant (1). Cette progression, augmentant petit à petit la gravité du mal dans la série généalogique, nous fait con-

(1) Ces résultats de la croissance ultérieure du germe de cette maladie ne sont autre chose, on le comprend bien, que de simples prévisions justifiables mais non encore justifiées par l'expérience

cevoir dans le germe considéré isolément une marche récurrente, une évolution antérieure composée de plusieurs phases ou âges moins avancés et uniquement caractérisés par des déficiences intellectuelles et morales successivement décroissantes, parmi lesquelles l'exagération des facultés égoïstes réclame le premier rang (1).

En suivant toujours la trace de ces particularités mentales dans leur marche rétrograde, l'esprit finit par s'arrêter à un moment où il les aperçoit tout à fait à leur début, et où elles ne constituent encore qu'une simple nuance individuelle, soumise à la loi de ces transmissions héréditaires qui barrent notre passage pour la quatrième fois.

L'observation et le raisonnement nous placent donc, directement ou indirectement, en face de l'hérédité, et nous conduisent irrésistiblement jusqu'à une nuance individuelle, premier degré de l'échelle des déviations du type spécifique, *punctum saliens*, de toutes les variétés organiques ou fonctionnelles, physiologiques ou pathologiques. Mais l'hérédité, nous l'avons dit, n'invente rien, ne crée rien, et cependant elle s'impose sans cesse à nous avec tout le poids de son immense autorité.

Que fait-elle alors pour nous entraîner fatalement, sans relâche et sans nous laisser sortir un seul instant du cercle de son influence? Elle combine les éléments paternels avec les éléments maternels; elle associe les nuances de l'un et de l'autre, et rien de plus. L'espoir de saisir la clef de l'énigme en dehors de ces associations d'éléments, de ces combinaisons de nuances, étant complètement illusoire, il ne nous reste plus qu'à nous adresser directement à elles, pour les interroger et pour les forcer à nous répondre catégoriquement.

(1) Ces réflexions ont trouvé d'avance leur légitimation dans les considérations que nous avons émises à propos de l'intensité croissante des déficiences mentales dans la série généalogique, tant il est vrai qu'un fait certain s'affirme sans cesse, quel que soit l'aspect sous lequel on l'envisage.

Quelle est donc finalement la véritable cause de la manie raisonnante ?

La SÉLECTION NATURELLE ;

nous répondront-elles immédiatement et avec une sorte d'assurance imposante qui rend la réplique impossible. Le caractère égoïste paternel et maternel comme nuance psychique initiale, fixée, et agrandie par la génération, à la faveur de la sélection naturelle, telle est la formule qui renferme la solution du problème étiologique si péniblement découvert.

La sélection naturelle! tel est le mot de l'énigme; il représente la grande et unique cause du mal qui afflige les maniaques raisonnants et donne l'explication la plus satisfaisante de tous les faits d'observation exposés dans les pages précédentes.

Dès à présent il est facile de s'apercevoir qu'un nouveau jour éclaire ces faits. Ne les voyons-nous pas, à travers le prisme de la sélection naturelle, se dégager ubitement de l'obscurité qui les voilait à nos regards et prendre aussitôt nettement la physiologie la plus expressive ? Ces transmissions héréditaires qui sortaient de toutes parts sous les plus légers prétextes ; ces singularités intellectuelles, et surtout ces prédominances des sentiments égoïstes venant, à chaque instant, nous imposer leur intervention ; enfin ces nuances psychiques initiales si mystérieuses, si cachées, ne témoignent-elles pas, avec une évidence éclatante, de la présence d'une cause primordiale, exerçant son énergique influence, au moyen de l'hérédité, sur une suite de générations ?

Oui, la sélection naturelle est une cause, une force sur laquelle la pathologie, comme la biologie, devra compter désormais.

N'étant jamais entré dans le domaine médical, le principe de la sélection naturelle mérite un examen consciencieux. Bien que les considérations émises plus haut soient suffisantes, ce nous semble, pour justifier largement son influence presque exclusive dans la production de la manie raisonnante, nous lui consac-

crerons cependant quelques pages de plus, ne serait-ce que pour prévenir les doutes que sa nouveauté pourrait soulever.

La sélection, ainsi que son nom l'indique, représente le choix fait par la nature ou par l'art en associant, dans l'acte de la génération, deux individus de la même espèce, ayant tous les deux un cachet particulier identique, d'où provient un produit doué de ce même cachet, élevé à une puissance supérieure.

La sélection est naturelle ou artificielle, selon que le choix des parents est opéré par la nature ou par l'art. Les forces organiques agissant aveuglément dans le premier cas, sont dirigées, dans le second, par une intelligence instruite par l'expérience. La sélection artificielle, par suite de cette direction réfléchie, préméditée, paraît entraîner avec elle l'idée d'une amélioration, et c'est ainsi qu'on la comprend ordinairement ; mais cette amélioration, purement relative, se rapporte seulement au but zootecnique qu'on désire atteindre. En fait, elle peut être une mauvaise chose, en ce sens qu'elle éloigne parfois petit à petit du type spécifique, une série d'êtres issus les uns des autres, et qu'elle amène alors une détérioration organique ou fonctionnelle de plus en plus grave, bien que son effet, en lui-même, puisse toujours être satisfaisant au point de vue de l'industrie et du commerce.

Que la sélection soit naturelle ou artificielle, elle est constamment l'expression d'un principe, d'une loi biologique infaillible ; elle inspire une telle confiance aux éleveurs qu'ils n'hésitent pas, quoique très-positifs, à engager leurs capitaux dans les opérations les plus hardies de croisement et de mélange des races animales (1). Consultez encore les savants qui, par la nature

(1) La confiance des Anglais dans l'hérédité de la vitesse du cheval, en est arrivée à ce degré de foi que dans les paris énormes dont les courses sont l'objet, ils ne demandent jamais à voir les chevaux ; ils parient sur la seule réputation des races dont sortent les poulains ou dont ils sortiront, car ils engagent souvent des sommes très-élevées sur des poulains à naître et même longtemps avant que leurs futures mères n'aient été fécondées. (*De l'hérédité naturelle*, par le docteur P. Lucas. Paris, 1847, t. I, p. 596.)

de leurs études, peuvent vérifier la certitude de cette belle loi, et vous les entendrez déclarer, avec une conviction unanime, qu'elle a pris rang parmi les connaissances les mieux avérées de la physiologie comparée.

Après une pareille déclaration, entourée de tant de garanties, nous pouvons classer sans crainte le principe de la sélection naturelle au nombre des agents étiologiques les plus remarquables, et le faire servir à l'explication des phénomènes de la pathologie humaine. Comme toutes les notions exactes concernant les maladies, ne prend-il pas dans la physiologie son point d'appui? Est-ce que la consanguinité, si redoutée de tout temps et remise en question de nos jours, ne tire pas de ce principe la raison d'être de ses avantages, de ses inconvénients et de sa grande puissance?

La consanguinité est avantageuse si les conjoints, unis déjà parmi les liens du sang, sont parfaitement sains, bien organisés et bien équilibrés dans leur constitution intellectuelle, physique et morale. Dans ces conditions, la sélection qui reproduit et maintient héréditairement cet état de santé est une excellente chose à la faveur de laquelle la race juive, par exemple, a pu se conserver intacte, pure et vigoureuse. Par contre, les inconvénients de la consanguinité sont redoutables lorsque le couple appartient à une famille malade, douée d'une organisation mauvaise, c'est-à-dire mal équilibrée dans ses éléments constitutifs, attendu que, dans ces circonstances, les dispositions morbides ou les maladies du père sont identiques avec celles de la mère, et qu'alors la génération ne peut qu'aggraver le mal en réunissant, en accumulant, en additionnant chez l'enfant les éléments fâcheux de ses parents.

Voilà comment cette manière de comprendre la consanguinité est la seule qui soit conforme à la vérité et qui puisse donner une explication exacte des faits si divergents, si contradictoires qui se sont produits dans ces derniers temps.

Le principe de la sélection est plein d'avenir, sinon dans

le domaine de la thérapeutique. du moins dans le cercle de l'hygiène, et notamment de l'hygiène vétérinaire (1). Sa puissante influence étant connue, on pourra s'en servir pour prévenir une foule de maux qui, à peine éclos, sont déjà au-dessus des ressources de la science. Grande est aussi sa portée étiologique. Toutes les maladies appelées *physiologiques* ou *fonctionnelles* par MM. Trousseau et Pidoux me paraissent lui appartenir en entier. En outre, la scrofule lui doit presque complètement son existence, quand elle surgit tout à coup chez les enfants issus de parents à tempérament lymphatique exagéré. Enfin, la sélection seule ou associée à d'autres agents, préside à la naissance d'un grand nombre de maladies dont les causes nous sont inconnues. Mais c'est surtout en psychiatrie que son avenir est assuré, soit qu'elle agisse isolément, comme dans la manie raisonnante, la manie bienveillante et la manie malveillante; soit qu'elle contracte une alliance avec le rachitisme, comme dans la folie des aliénés rabougris; soit qu'elle se trouve réunie à d'autres éléments, comme dans plusieurs autres états morbides que les progrès ultérieurs de nos connaissances se chargeront de déterminer.

Après avoir donné une définition de la sélection naturelle et présenté une esquisse de sa puissance et de son importance, il ne nous reste qu'à montrer son mode d'action dans la production de la manie raisonnante. Voici comment je le comprends :

De deux conjoints à caractère très-faiblement égoïste, lorsque l'hérédité en retour ne se manifeste pas, proviennent des enfants doués d'une somme d'égoïsme plus grande que celle de leurs parents considérés isolément. Augmentez ensuite par la pensée, d'emblée ou à travers plusieurs générations, d'une façon intermittente ou continue, l'énergie des facteurs, et la

(1) On peut avoir une grande confiance dans la loi de la sélection sans partager les idées de Darwin. Le darwinisme est une théorie qu'on peut admettre ou rejeter, tandis que le principe de la sélection n'a rien d'hypothétique et s'impose par lui-même à l'esprit des observateurs.

résultante augmentera dans les mêmes proportions. Procédant de la sorte, la sélection finira, tôt ou tard, par donner lieu à des êtres ayant pleinement le caractère et les conditions psychosomatiques propres aux maniaques raisonnants.

Telle est la formule pathogénique de la manie raisonnante. Elle soulève plusieurs problèmes très-déliés, très-controversés ou peu connus, que nous allons chercher à résoudre en discutant les questions suivantes. Une fois ces questions élucidées, notre résumé deviendra clair, et le pouvoir de la sélection recevra sa dernière démonstration.

PREMIÈRE QUESTION. — Quelle est la signification du mot *caractère* ? On trouverait difficilement dans notre langue un mot plus généralement connu. Il n'y a pas dans la société une personne, n'importe son rang, qui ne croit être en état, en s'appuyant sur sa propre expérience, de parler longuement, sagement, et sûr le mot et sur la chose. Et pourtant, quand on fait quelques recherches dans le but de s'en former une idée nette, on ne tarde pas à relever beaucoup de banalités, beaucoup d'erreurs et de contradictions qui prouvent combien ce sujet est encore peu connu. Pour les uns, le caractère est la résultante de l'être psychique tout entier ; pour les autres, il exprime le degré d'énergie de la volonté ; pour ceux-ci, il est en quelque sorte le résumé de notre intelligence, tandis que pour ceux-là le caractère n'est que le mode habituel de notre sensibilité morale. Ces divergences sont très-regrettables ; leur discussion serait très-déplacée ici et nous entraînerait trop loin. En attendant que nous puissions développer dans un autre travail le fruit de nos recherches sur ce point, qu'il nous suffise d'affirmer que le caractère n'est et ne peut être autre chose que la résultante de l'ensemble de nos facultés morales. Ces facultés peuvent seules lui servir de base, parce qu'elles portent à l'action, et que le caractère ne dérive, en dernière analyse, que de notre manière d'être habituelle, de la tendance ordi-

naire de nos actions et nullement de nos facultés syllogistiques ou spéculatives.

D'un autre côté, l'usage a reconnu depuis longtemps des caractères orgueilleux, égoïstes, religieux, méchants, jaloux, affectueux, misanthropes, lubriques, et des caractères mobiles, fantasques, exaltés, inquiets, apathiques, sombres, etc., etc. Les premiers sont fondés sur nos sentiments, sur nos passions, sur nos penchants, éléments fixes, constants de notre organisation mentale; contrairement aux seconds, qui ont pour base unique les modes de notre sensibilité, modes toujours inconstants, variables et fugitifs. Il est impossible de confondre sous le même nom deux choses si disparates sans mépriser les règles les plus élémentaires de la logique et du bon sens. Entre les facultés morales et les modes de notre impressionnabilité, il y a un abîme qui nous oblige à choisir entre ces deux genres de caractères. Il faut absolument admettre l'un et rejeter l'autre, sous peine d'embrouiller un sujet déjà fort obscur en lui-même. Il faut accepter les errements sanctionnés par le langage ordinaire et abandonner la perspective d'un progrès scientifique à réaliser, ou faire les éliminations exigées par l'état actuel de nos connaissances. Dans cette inévitable et pressante alternative, hésiter c'est douter, et le doute ici ne serait pas excusable. Déclarons donc hardiment que le mot *caractère* doit être exclusivement réservé pour désigner l'empreinte typique distinctive que donne à l'individu la prédominance de ses penchants, de ses passions, de ses affections ou de ses sentiments supérieurs. Le caractère est, en trois mots, le *cachet de l'individualité morale*.

En conséquence, on peut soutenir qu'il y a autant de caractères qu'il y a de personnes, chacune d'elles ayant au moral, comme au physique, sa physionomie particulière. Réfractaires jusqu'à ce jour à toute tentative de classification, à cause de leur variété et souvent aussi à cause de leurs allures indécises, confondues dans un inextricable mélange, les caractères

peuvent être ramenés néanmoins à un petit nombre de types susceptibles de former des groupes rationnels. Toute la difficulté consiste à trouver une base assez solide et assez large pour nous permettre de les classer d'après leurs analogies. Mais où prendrons-nous ce point de départ ?

L'indétermination des facultés morales nous a conduits à rechercher leurs affinités respectives, leurs rapports fonctionnels, et cette recherche, à son tour, nous a servi de guide pour les distribuer en quatre groupes très-naturels, les sentiments supérieurs, les affections, les sentiments égoïstes et les penchants. Contrairement aux facultés qui par leur nature sont peut-être indéterminables, ces groupes sont franchement accusés, nettement déterminés ; à l'abri de toute confusion, de tout mélange, ils sont fixes, immuables, partout et toujours. C'est sur eux, ou mieux sur les lois d'association et de balancement fonctionnel des facultés d'où ils dérivent, que nous avons fondé une classification des diverses espèces de caractère.

Toutefois, les grandes analogies existant dans les actes des individus doués d'une prédominance des sentiments élevés ou d'une prépondérance des affections, nous engagent à les réunir dans la même catégorie. D'un autre côté, nous réservons une place à part pour les caractères mixtes, dans lesquels les sentiments supérieurs, altruistes, égoïstes et inférieurs, se font suffisamment équilibre pour qu'il n'y ait pas de prédominance saillante ni dans un sens ni dans un autre.

Nous avons donc :

1 ^{er}	GROUPE.	Caractères supérieurs et altruistes.
2 ^e	—	— égoïstes.
3 ^e	—	— inférieurs.
4 ^e	—	— mixtes.

Ces catégories admettent aisément les caractères, en nombre prodigieux, dont le cachet est multiforme, et, partant, difficile à saisir. Ne voit-on pas tous les jours des personnes à la fois orgueilleuses, avares, jalouses et ambitieuses ; misanthropes,

hypocrites et envieuses; voluptueuses et gourmandes; affectueuses, morales, reconnaissantes, dévouées et religieuses? Où faudra-t-il les classer? Dira-t-on que leur caractère est mixte parce qu'il provient du mélange de plusieurs types primitifs? Non, assurément, car on n'y voit pas l'équilibre des facultés, sans lequel il n'y a pas de caractère mixte possible. Ces personnes ont des traits moraux saillants, bien dessinés, dont l'ensemble correspond aux traits généraux, aux grandes lignes appartenant à l'un des groupes de tempérament moral énumérés ci-dessus. Leur place dans notre cadre ne saurait donc rester un seul instant douteuse.

Les cas de prépondérance exclusive d'une seule faculté sont rares, exceptionnels. D'ailleurs, les caractères rangés par nous dans le même groupe se ressemblent beaucoup: ils ne diffèrent les uns des autres que par quelques détails accessoires, tandis que par les points essentiels ils sont absolument identiques. En cherchant à les classer, nous avons dû nous préoccuper, par-dessus tout, de les comprendre tous et d'arriver à des résultats clairs pratiques et certains. Nous aurions assurément manqué ce but si, nous réglant sur ces cas exceptionnels et nous livrant aux inspirations de l'imagination, nous eussions abandonné la méthode de l'observation et de l'expérience. Imitant la nature, nous négligeons parfois les traits particuliers, individuels, pour nous attacher uniquement aux traits spécifiques. L'individualité, n'importe l'aspect sous lequel on l'envisage, fournit rarement des données précises immuables; il faut remonter à l'espèce quand on ne veut pas rester dans le domaine de la mutabilité et de la contingence. Au surplus, rien ne nous empêche, après avoir approfondi les grandes lignes, les traits d'un naturel, d'accorder nos soins à l'étude de son empreinte idiosyncrasique ou particulière quand elle est bien en relief (1).

(1) Je regrette vivement que ces considérations, malgré leur étendue, soient cependant si incomplètes; mais les circonstances ne me permettent

DEUXIÈME QUESTION. — Le caractère est-il transmissible des parents aux enfants ? En d'autres termes, les facultés morales des parents sont-elles transmissibles aux enfants ?

Cette question n'en est plus une, depuis la publication du magnifique ouvrage du docteur P. Lucas sur l'hérédité, où sont si savamment exposées et appréciées les opinions de ses prédécesseurs sur ce sujet. Aujourd'hui, en effet, il n'est plus possible de douter un seul instant de la réalité de cette transmission. C'est à ce consciencieux travail que nous renvoyons ceux de nos lecteurs qui désireraient avoir de plus amples renseignements à cet égard.

Toutefois, je ne puis guère passer sous silence un fait devenu vulgaire à force d'être fréquent, et qui consiste dans la dissemblance de caractère des enfants légitimes issus du même couple. Sur six enfants, on voit souvent, dit-on, six caractères différents, ce qui paraît être en opposition avec l'hérédité du tempérament moral. Avant d'accepter ce fait tel qu'on nous le donne, il convient de l'examiner avec soin.

Les caractères fondés sur les diversités des modes de notre sensibilité, et que nous pourrions appeler *pseudo-caractères*, ont été rejetés par nous pour des raisons que nous croyons péremptoires. Et, comme ils n'ont pas été distingués jusqu'à ce jour du vrai naturel, tel que nous le comprenons, il y a lieu de craindre que la dissemblance de ces enfants, appartenant au même couple, ne repose justement sur les manières d'être de leur sensibilité morale. Cette crainte, qui nous paraît très-

pas de faire autrement. Le travail que je publie aujourd'hui n'est qu'un grand chapitre d'un ouvrage qui doit avoir ce titre : *Du caractère au point de vue médico-psychologique*. Dans la partie physiologique, presque achevée, de cet ouvrage, j'ai eu l'occasion d'exposer et de résoudre plusieurs problèmes qui, par suite de l'enchaînement de toutes mes idées sur ce vaste sujet, reparaissent à propos de l'étude de la manie raisonnante. Obligé de les aborder incidemment et ne pouvant pas leur donner ici les développements nécessaires, je dois me contenter d'en dire quelques mots très-insuffisants, sans doute, comme démonstration, et très-nuisibles, d'ailleurs, à la clarté et à l'exposition rapide des faits.

juste, atténuée considérablement la portée de l'objection. Nous voyons fréquemment des personnes réputées différentes par le caractère, parce que les unes, par exemple, sont vives, et que les autres sont moroses, comme si elles n'avaient pas au fond un tempérament moral identique. Pourquoi n'aurait-on pas commis de pareilles méprises dans le cas que nous discutons ?

En outre, alors même qu'un enfant serait orgueilleux et que son frère serait avare, il ne faudrait pas se hâter d'affirmer qu'ils ont deux caractères entièrement différents. Non, leur tempérament moral, sous le rapport des traits spécifiques, est essentiellement le même dans les deux cas, les traits individuels sont seuls différents. Or, nous savons pertinemment que ces derniers, négligés souvent par la nature, sont toujours difficilement transmissibles, tandis que les premiers, plus fixes, plus immuables, se transmettent constamment, fatalement. C'est donc le cachet moral spécifique qu'il importe d'examiner, et cette remarque vient diminuer encore la valeur de l'objection dont il s'agit.

Il ne faut pas oublier non plus que si les deux conjoints ont un tempérament moral dissemblable, leurs enfants pourront avoir, soit le caractère du père, soit celui de la mère, soit un caractère mélangé. Dans ce dernier cas, et selon les proportions de l'élément paternel et de l'élément maternel mises en œuvre dans l'acte de la procréation, on verra surgir plusieurs formes de caractères très-différentes les unes des autres.

Enfin, l'influence que Maupertuis, et surtout Girou de Bouzareingues, attribuent à l'atavisme dans la variation des traits individuels ou dans les dissemblances qui distinguent les pères des enfants, a aussi une large part sur tout ce qui concerne la transmission des particularités du tempérament moral.

Ces réflexions réduisent considérablement l'importance du fait qu'on opposait à la transmissibilité du caractère, et nous permettent de certifier que l'hérédité du dynamisme moral est irrécusable. Est-ce que les tableaux généalogiques des parents

de nos malades ne fournissent pas la preuve la plus éclatante qu'il soit possible d'avoir en faveur de la transmission du caractère ? A-t-on jamais vu une série plus complète de personnes égoïstes perpétuant fatalement dans la famille le cachet typique de leur tempérament moral ?

TROISIÈME QUESTION. — Le caractère conserve-t-il son énergie, sa force, sa quantité, comme il conserve sa nature, sa qualité, en passant par la génération ?

Pour répondre clairement à cette question, il convient de se demander d'abord si nous possédons tous, dans nos facultés morales, le même degré d'énergie. Poser un pareil problème relativement à l'intelligence, ce serait vouloir perdre sa peine, attendu que tout le monde connaît la distance qui sépare l'idiot de l'homme de génie. Il en est tout autrement quand il s'agit du moral. On ne s'est jamais préoccupé de savoir si telle personne déployait, dans un laps de temps donné, une somme d'activité morale plus ou moins forte que telle autre. Il faut pourtant se décider à introduire, autant que faire se peut, dans l'étude de la force ou des forces psychiques, la rigueur des méthodes psychiques ordinaires, si l'on veut arriver à quelques résultats satisfaisants. J'ai lu avec attention et avec beaucoup d'intérêt l'article FORCE du *Dictionnaire de médecine en 60 volumes*, article où le savant Pariset déclare qu'on ne doit pas songer à trouver le moyen de mesurer les forces mentales, et j'avoue que son opinion n'est que trop vraisemblable. Cependant ce n'est pas une raison pour ne pas les étudier avec quelque précision. Entre un homme naturellement bienveillant et un saint Vincent de Paul, il y a, sous le rapport de l'énergie bienfaisante, une différence énorme. Nous ne pourrions attribuer cette différence à l'intelligence, sans oublier que parmi les personnes affectueuses le degré d'affection n'est pas le même. Est-ce que les idiots, égaux par la nullité de leurs facultés intellectuelles, sont également

aimants, caressants, égoïstes, jaloux, méchants, voleurs, gourmands, etc. ?

Il y a des hommes de génie et des idiots par le cœur comme il y a des hommes de génie et des idiots par l'intelligence. Les esprits éminents, mais à cœur bas et dénaturé, et *vice versâ*, les esprits lourds, mais doués d'une grande élévation dans les sentiments, ne sont pas très-rares. Au reste, le rôle de l'intelligence se borne à faire ressortir les qualités et à masquer les défauts du moral, sans modifier en aucune façon leur nature. Le moral a donc une énergie propre et différente chez les individus, mais nous ne pouvons pas la mesurer exactement, faute d'avoir un terme de comparaison invariable.

Le beau livre du docteur P. Lucas, qui a soulevé, discuté et résolu tant de problèmes, se tait d'une manière bien regrettable sur tout ce qui touche à la propagation du degré de l'activité morale. On comprend parfaitement que ce savant médecin ait laissé de côté les points qui n'étaient pas susceptibles de recevoir une démonstration directe et patente. Les forces mentales, échappant à toute mesure par suite de l'absence d'un terme de comparaison fixe et par suite aussi des difficultés qui seraient inhérentes à cette comparaison, ne pouvaient l'amener qu'à des déductions probables dont l'obscurité aurait nui à la clarté de son œuvre. Néanmoins, ses travaux nous seront du plus grand secours.

Quand les éleveurs observent dans un animal une nuance, aussi légère qu'on puisse la supposer, et qu'ils veulent donner à cette nuance le degré d'intensité nécessaire à leurs spéculations industrielles, ils accouplent cet animal avec un autre de la même espèce ayant aussi la même nuance, certains qu'ils sont de la retrouver agrandie dans le produit. Celui-ci, uni à son tour avec un autre animal possédant le même cachet, engendre un être plus parfait à leur point de vue, être qui, accouplé dans des conditions identiques, donne naissance à un nouvel individu plus parfait encore que ses parents. Ils arri-

vent, à la faveur de cette méthode, à augmenter progressivement la force de la nuance primitive et à lui faire acquérir le degré d'énergie qu'ils désiraient.

« Le docteur Dannecy a fait, dix années, procréer une centaine de couples de lapins en ayant l'attention de disposer toujours les accouplements d'après des circonstances individuelles fixes et toujours les mêmes dans certaines lignées, et il est parvenu à obtenir ainsi une foule de conformations différentes, des monstruosité^s, en quelque sorte, de tout le corps ou de chacune de ses parties. Le résultat a été le même sur des pigeons, le même sur des souris, le même sur des végétaux (1) ».

Si, en se soumettant aux conditions voulues, on fait à volonté grandir ou diminuer une partie de l'animal, pourrait-on refuser à la nature le droit d'effectuer ce que l'art accomplit si facilement ?

Toutefois, ces exemples, dira-t-on, se rapportent à l'élément physique, et rien ne prouve que la sélection agisse pareillement sur le moral. Cette objection est plus spécieuse que solide, et, pour s'en convaincre, il suffit de se rappeler que l'homme est avant tout un être *un* (puisqu'il existe), et que toute existence est essentiellement unitaire. L'homme n'est pas un mélange de matière, de vie et d'esprit ; ces trois éléments de sa constitution, quoique irréductibles, ne sauraient être observés isolément ; ils forment un tout indivisible qui n'est autre chose que la nature humaine. Découverts par l'analyse, ils n'ont pas ici-bas une existence réelle, indépendante ; séparément, ce sont pour nous, médecins, des spéculations de notre intelligence, et rien de plus. Par conséquent, il est impossible d'admettre que le corps et l'entendement obéissent à des principes différents ; l'un et l'autre sont, au contraire, solidairement gouvernés par la même

(1) *Traité de l'hérédité naturelle*, par le docteur Prosper Lucas, t. I p. 203.

activité, d'après des règles identiques, invariables. « Le dynamisme, ou type des divers caractères de la nature morale, est soumis aux mêmes lois de transport séminal que le mécanisme ou type des divers caractères de la nature physique, et de la part du père comme de celle de la mère (1) ».

Qu'elle opère sur la partie dynamique ou sur la partie matérielle de notre être, la sélection naturelle est tout aussi puissante et tout aussi certaine. Consultons plutôt les faits.

Les métis issus de mulâtre et de négresse sont beaucoup plus dociles que les métis provenant de négresse et de blanc. Dans les colonies, on distingue très-aisément les gens de couleur (les métis), et l'on va même jusqu'à reconnaître les individus qui ont $1/32^e$ d'un sang indien, d'après les particularités de leur caractère. Au surplus, il n'y a pas de médecin qui n'ait eu l'occasion de remarquer élevés à une plus haute puissance, chez les enfants, les qualités ou les défauts de leurs parents. Bien plus, il n'y a pas d'homme intelligent, savant ou illettré, qui n'ait fait la même remarque.

En ce qui nous concerne, séduit par l'éloquence des faits, nous rapportons toujours nos regards sur les observations relatives à nos maniaques raisonnants. Sans doute, faute de renseignements précis, il ne nous est pas toujours possible de voir les facultés égoïstes augmenter d'énergie dans la série généalogique à mesure qu'on se rapproche de nos malades; mais il est incontestable que cette augmentation est réelle et que ces malheureux ont un degré d'orgueil, de jalousie ou d'égoïsme bien supérieur à celui de leurs parents. C'est, au reste, ce que prouvent et l'examen comparatif des particularités psychiques des parents médiats et immédiats de nos malades et les notes prises chaque fois que les circonstances nous ont permis d'étudier directement le caractère du père ou de la mère d'un de

(1) *Traité de l'hérédité naturelle*, par le docteur P. Lucas, t. II, p. 96.

nos maniaques. La proportion croissante des cas d'aliénation mentale dans leur famille a aussi une signification qu'il importe de ne pas négliger.

QUATRIÈME QUESTION. — La force morale se propage-t-elle toujours, dans sa quantité et dans sa qualité, des parents aux enfants ?

Rien ne se perd dans la nature, dit un axiome qui est aussi vrai dans le domaine des forces psychiques que partout ailleurs. Si parfois l'élément paternel ou maternel ne se retrouve pas dans le produit, ce n'est pas une raison pour croire qu'il n'existe pas.

« Aucun être ne s'engendre, dit encore M. P. Lucas, qu'à la condition de l'action de deux facteurs, et si faible que soit ou qu'on l'imagine la part de l'un ou de l'autre à l'animation, elle contribue toujours à l'éclair de la vie, et l'organisation en porte toujours la trace ; il est vrai, seulement, qu'elle peut être plus ou moins latente dans le produit ; c'est cet état latent qui en impose ici pour l'absence complète de représentation du père ou de la mère, et qui donne ainsi lieu de croire à l'élection absolue d'un facteur (1) ».

M. de Quatrefages exprime la même idée en disant : « La force héréditaire, constamment et nécessairement troublée dans son action, ne peut manifester toute sa puissance dans les individus ; c'est dans l'espèce elle-même, considérée dans son ensemble, qu'elle réalise en détail et successivement ce qu'elle ne peut faire en bloc pour ainsi dire et en une seule fois (2) ».

On le voit, tout est certitude du côté de l'espèce, tout est variable, contingent du côté de l'individu. Avions-nous raison de nous attacher de préférence aux révélations du type spécifique ? Assurément, celui-ci est la seule source féconde d'où

(1) *Traité de l'hérédité naturelle*, par le docteur P. Lucas, t. II, p. 206.

(2) *Unité de l'espèce humaine*, par M. de Quatrefages, p. 181.

découlent les vérités les mieux établies, les plus fortement enchaînées qu'il soit possible d'avoir dans le vaste champ des sciences biologiques.

Mais revenons à notre sujet. Cause des certaines variétés physiologiques, l'état latent inspire aux éleveurs une telle crainte que M. A. Sanson va jusqu'à dire que, s'il fallait opter entre deux reproducteurs, dont l'un offrirait, avec des qualités moins parfaites, une longue suite d'aïeux célèbres par leurs mérites spéciaux, tandis que l'autre ne présenterait que sa perfection individuelle, nul doute qu'il n'y eût lieu de préférer le premier dans la plupart des cas (1).

« C'est en vain que dans les troupeaux à laine noire de l'Andalousie, on tue impitoyablement, depuis plusieurs siècles, tout agneau qui porte la moindre trace de laine blanche, afin de conserver à la race le caractère qui en fait rechercher la toison. Les vers à soie de race blanche épurée avec le plus grand soin depuis plus d'un siècle, comme l'était celle de Valleraugue, produisent toujours, cependant, un certain nombre de cocons jaunes. Les mêmes faits se retrouvent chez l'homme, et M. Prosper Lucas en cite de curieux exemples (2). »

« Quant à l'hérédité alternante des dispositions mentales, écrit M. Dally, chacun en peut trouver, dans le monde où se conservent des traditions de famille, de nombreux exemples. La célèbre lady Esther Stanhope a fait elle-même remarquer avec complaisance qu'elle offrait au physique et au moral les plus grandes analogies avec son grand-père ; enfin, la plupart des médecins ont eu sous les yeux quelques exemples de diathèses qui sautaient une ou plusieurs générations. Le professeur G. Sée a observé sept cas de diathèse scrofuleuse qui provenait des grands parents, et avait laissé les parents indemnes. Cerise a noté les mêmes faits pour les névroses, et un grand

(1) *Zootéchnie*, t. II, p. 118.

(2) De Quatrefages, *Unité de l'espèce humaine*, p. 184.

nombre de praticiens pour la goutte et la tuberculose pulmonaire (1) ».

Comme la chaleur dans les corps bruts, pour me servir d'une comparaison grossière, une partie des forces psychiques peut donc demeurer à l'état virtuel, à l'état latent. Mais qu'une circonstance favorable vienne la mettre en jeu, et aussitôt elle se manifestera avec toute son énergie. Les phénomènes d'atavisme rappelés ci-dessus ne sont-ils pas, ainsi que nous l'avons déjà dit, l'expression d'une force qui, restée cachée au sein de l'organisation pendant une ou plusieurs générations, se dévoile tout à coup par les manifestations les plus inattendues ? Est-ce que l'atavisme n'est pas une forme de l'hérédité, et celle-ci peut-elle transmettre ce qui n'a jamais existé ?

Cette hérédité médiate, cet atavisme admis unanimement dans les sciences biologiques, prouve sans réplique que les qualités ou les défauts des parents se transmettent scrupuleusement aux enfants, sinon toujours d'une manière apparente, du moins d'une manière virtuelle ou cachée, car tôt ou tard ces qualités ou ces défauts se démasquent et reparaissent sous leur aspect ordinaire.

Ce que nous disons de la qualité d'action est également vrai de la quantité d'action. Absolument inséparables l'une de l'autre, elles sont toutes deux transmissibles dans leur intégrité. Le moment de l'échéance peut varier sans diminuer en rien le degré de leur énergie.

CINQUIÈME QUESTION. — La force morale peut-elle se propager d'une manière alternante ou intermittente ?

En principe, cette question est résolue d'avance, par ce que nous venons de dire. Il est clair, en effet, que le transport séminal des facultés morales a lieu d'une façon continue, et si

(1) Dally, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article ATAVISME.

parfois elle paraît affecter la forme alternante ou intermittente, c'est que ces facultés restent alors dans une, deux ou trois générations à l'état latent ; le fait existe, l'expression seule fait défaut.

Cette transmission a été continue dans les familles de nos maniaques, car nous avons toujours rencontré chez tous les membres un caractère égoïste bien prononcé. Toutefois, la continuité du même genre de tempérament moral dans la série généalogique n'est pas d'une nécessité absolue dans la production de la manie raisonnante, ainsi que nous le verrons dans un instant.

SIXIÈME QUESTION. — La sélection peut-elle augmenter indéfiniment le degré d'intensité de l'égoïsme ?

Non, le caractère égoïste, dans sa progression croissante, ne saurait dépasser une certaine limite sans altérer profondément l'équilibre mental, et par conséquent sans devenir un état extraphysiologique, puis une dégénérescence légère et enfin une dégénérescence très-prononcée qui aurait la stérilité pour conséquence inévitable. Pour maintenir l'intégrité des espèces, la nature emploie une foule de moyens très-simples dont l'action consiste à détruire les particularités exceptionnelles ou à les ramener vers le type spécifique. Et quand ses efforts, devenus impuissants, ont laissé prendre un cachet morbide grave aux écarts individuels, elle les anéantit définitivement en rendant stériles les êtres qui les présentent.

Nos maniaques raisonnants se trouvent au delà des bornes imposées aux variétés naturelles, s'ils ne rencontrent pas dans l'autre conjoint un élément régénérateur, leur progéniture inféconde s'éteindra positivement. C'est à cette absence de régénération qu'ils doivent eux-mêmes la maladie qui les afflige, comme le prouvent les observations placées à la fin de ce travail.

SEPTIÈME QUESTION. — Combien de générations faut-il à la sélection pour produire le substratum nécessaire à la manie raisonnante ?

Nous n'en savons rien ; tout ce que nous pouvons présumer, c'est que la rapidité du résultat dépendra essentiellement de la permanence et de l'énergie des influences productrices de la maladie, c'est-à-dire de la continuité et du degré de force du caractère égoïste dans la série généalogique. Cette continuité, nécessaire à la rapidité de l'effet, n'est pas cependant absolument indispensable à la réalisation du but final. Supposons, par exemple, qu'elle soit interrompue par la présence de quelques personnes douées d'une prédominance des sentiments supérieurs, et demandons-nous quelles seront les perturbations probables qu'elles amèneront sur le résultat définitif. *A priori*, nous pouvons affirmer que ce résultat sera seulement entravé ou retardé si ces personnes, par leur nombre ou par l'excessive exagération de leur caractère bienveillant, n'anéantissent pas l'excès d'égoïsme des autres facteurs ; car, pour être intermittente, l'action de la sélection n'en est pas moins assurée.

Voici, selon toutes les probabilités, comment les choses se passeront. En admettant que dans dix générations successives exigeant le concours de vingt individus, il y ait huit caractères altruistes et douze caractères égoïstes, on doit s'attendre à trouver à la onzième génération beaucoup plus d'égoïsme qu'à la première génération. Si nous augmentons ensuite mentalement, le nombre de générations, en conservant aux caractères égoïstes la même prépondérance, ou si nous diminuons les proportions des individus altruistes, nous parviendrons théoriquement à concevoir à un moment donné un type d'égoïsme tellement exagéré, qu'il deviendra exceptionnel, extraphysiologique et partant déplorable. C'est alors seulement que ce type offrira les conditions d'organisation mentale réclamées par l'étiologie de la manie raisonnante.

Par conséquent, ici comme ailleurs, tout est relatif à l'éner-

gie et à la continuité des causes. Néanmoins, en nous rappelant que le célèbre John Sebright, le plus habile éleveur de pigeons, demandait trois ans pour obtenir n'importe quel plumage, et six ans pour façonner une tête ou un bec de pigeon, nous avons lieu de penser que la sélection naturelle exige beaucoup de temps et un nombre assez considérable de générations pour parvenir à produire l'affection mentale de nos maniaques. Nos observations, où la suite des types égoïstes est très-marquée, justifient cette opinion, et nous font croire que, dans les conditions les plus favorables, la sélection a besoin au moins de quatre ou cinq générations pour créer l'espèce pathologique étudiée dans ce traité.

Nous avons accordé jusqu'à présent au principe de la sélection, agissant sur le caractère égoïste de la série généalogique de nos malades, le rôle de cause unique de la manie raisonnante, et, en effet, sans ce principe, il est impossible de comprendre la production de cette aliénation mentale. Toutefois, de ce que la sélection peut à elle seule engendrer le mal de nos maniaques, il ne s'ensuit pas qu'il n'y ait pas d'autres influences secondaires, auxiliaires ou adjuvantes capables de favoriser son action. Une phrénopathie n'est jamais le résultat d'un seul agent, puisque toujours des causes psychiques et somatiques sont nécessaires à sa formation ; d'un autre côté, une personne est constamment exposée aux stimulus divers qui constituent le milieu où elle vit, et, en les oubliant ici, nous risquerions de donner à la sélection une importance exclusive, absolue, et, partant, exagérée. Aussi pensons-nous que l'étiologie de la manie raisonnante laisse subsister une lacune qu'il s'agit maintenant de combler et que nous comblerons, du moins en grande partie, en consacrant quelques instants à l'étude des causes auxiliaires ou adjuvantes de la sélection.

Il est indubitable que les facultés mentales étant innées, les conditions de milieu ne peuvent pas les créer de toutes pièces.

Un homme naturellement bienveillant conserve sa bienveillance jusqu'à son dernier soupir : la prédominance de son cachet moral peut varier dans sa quantité et nullement dans sa qualité. Par conséquent, il est absolument impossible qu'un individu doué d'un caractère supérieur devienne maniaque raisonnant, quelles que soient les conditions où le sort se plaise à le placer. La manie raisonnante d'*emblée* est donc une chimère inconcevable.

Nous ne croyons pas non plus que le milieu puisse donner à un caractère légèrement égoïste la prédominance indispensable à la constitution de cette maladie, car notre croyance à cet égard est fondée sur l'expérience et sur les considérations tirées de la marche même du mal.

Ces réflexions prouvent que la sélection est bien réellement le grand agent producteur de la manie raisonnante, et que les causes auxiliaires ont tout simplement une portée secondaire. Le moment est venu d'énumérer ces causes, d'expliquer leur mode d'action et d'apprécier leur importance.

Tout le monde sait que les passions, les chagrins, les déceptions, la misère, les diathèses, les maladies, les poisons, l'âge, les choses non naturelles des anciens, et en général tous les agents physiques ou moraux de nature déprimante ou affaiblissante, peuvent augmenter l'énergie de nos facultés égoïstes. Nous n'osons pas insister sur l'exactitude de ce fait d'observation, tant il est connu et presque vulgaire.

En lisant le résumé étiologique des histoires médicales de nos malades, nous retrouvons la plupart des causes que nous venons de citer : elles sont aussi diverses par leur nature qu'elles sont variables par leur intensité, la durée et la continuité de leur action. Comparées les unes aux autres, ces causes adjuvantes de la sélection offrent les dissemblances les plus frappantes ; pendant que les unes s'adressent à l'esprit, les autres opèrent sur le corps ou sur les forces de la vie. Bien plus, ces causes, qui exercent sur l'économie une action spéciale

nettement déterminée et parfaitement appropriée à leur nature, perdent cette spécialité quand elles contribuent à faire naître la manie raisonnante.

Néanmoins, au milieu de cette diversité, il est facile de découvrir une action qui leur est commune ; physiques ou morales, les causes auxiliaires dont nous parlons arrivent toutes finalement, mais indirectement, à déprimer l'énergie psychique et à la concentrer dans un cercle étroit. Toutes les personnes placées dans des mauvaises conditions hygiéniques, toutes les personnes souffrantes ou atteintes de maladies graves, toutes les personnes, en un mot, que le malheur, sous mille formes, poursuit et accable, voient diminuer de jour en jour l'expansion naturelle de leurs sentiments supérieurs et altruistes. Ces sentiments sont les premiers à s'effacer au déclin de la vie, comme ils sont les premiers à s'épanouir sous le souffle puissant de la virilité. En même temps que ces derniers s'affaiblissent, les facultés égoïstes acquièrent progressivement une énergie relative croissante qui n'est pas cependant illimitée.

Toute cause a des bornes qu'elle ne saurait franchir ; celles qui nous occupent sont dans ce cas, et cela d'autant mieux que leur action, étant indirecte, est plus facilement épuisée. Les modifications qu'elles introduisent dans l'agrégat vivant, et surtout dans les facultés morales, sont circonscrites dans des limites fort restreintes. On dirait même qu'à un moment donné ces modifications ne peuvent plus s'accroître et que, pour être entièrement acceptées, assimilées par l'organisation, elles ont besoin de passer par la génération. Cette dernière, en les transportant, pour ainsi dire, et en les incorporant dans un *substratum* mieux approprié à leur nature, leur donne seule un nouvel essor et leur fournit les conditions d'un nouveau progrès.

De ces considérations il résulte que les causes adjuvantes de la sélection peuvent être fort diverses par leur nombre et par leur nature. Leur *modus faciendi*, dans la formation de la

manie raisonnante est toujours indirecte ; en outre, elles se dépouillent de leur cachet spécial et déterminé pour devenir des causes communes.

Voilà comment on les rencontre dans toutes les familles de nos malades, avec une telle diversité, qu'il est impossible de découvrir en elles la moindre connexion en dehors de celle qui vient d'être signalée. C'est d'elles que dépendent, selon toutes probabilités, les dimensions et la conformation de la tête de nos maniaques. Assez importantes par leur constance, ces particularités céphaliques, nous l'avons vu, ne sont pas exclusives à ces infortunés. Dès-lors, il n'est pas illogique de faire provenir un phénomène commun d'une cause commune.

Enfin, si nous rappelons que les parents de nos malades arrivent généralement à un âge fort avancé, nous serons disposés à leur attribuer une bonne constitution. Cette réflexion est d'autant plus juste, que nous n'avons découvert que très-exceptionnellement chez eux des maladies ou des germes pathologiques graves. Les dartres, les rhumatismes, le cancer, la phthisie, les lésions organiques et toutes les affections chroniques nous ont paru avoir une rareté fort remarquable. Nos relevés ne mentionnent que des cas isolés de ces affections, quoique nos investigations aient été consciencieusement poursuivies sous ce rapport. Les conditions hygiéniques des familles de nos malades ont été également de notre part l'objet d'une attention sérieuse, et nous devons avouer qu'elles ne nous ont conduit à aucune déduction digne d'être mentionnée.

Les considérations que nous avons eu le soin d'exposer, soit pour interpréter, soit pour apprécier la nature et l'importance des faits recueillis sur les familles de nos malades, ne permettent plus de nier l'influence immense et presque exclusive de la sélection dans la production de la manie raisonnante. Ne rend-elle pas compte, d'une manière satisfaisante, de la totalité des

détails relevés dans ces familles? Et ces détails pourraient-ils trouver ailleurs une explication plus complète, plus plausible? Nous ne le pensons pas ; la sélection naturelle opérant sur une nuance égoïste individuelle, point de départ, fait initial et générateur, explique donc, résume, lie et concentre aisément, sans tiraillement aucun, toutes les données étiologiques fournies par nos observations, et en fait un tout indécomposable. Bien plus, après avoir coordonné toutes ces données, la sélection les rattache à celles qui résultent de l'étude de la symptomatologie et de la marche, comme elle les rattachera aux idées qui surgiront successivement à propos du diagnostic, du pronostic, de la nature et du traitement de la manie raisonnante. C'est à elle que notre travail devra son enchaînement, son unité, et l'enchaînement des faits, dans les sciences biologiques, est et sera toujours pour nous la plus forte garantie possible en faveur de l'exactitude de l'observation.

ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS.

NOTE

SUR

LES ÉVASIONS D'ALIÉNÉS DANS LES MAISONS DE SANTÉ

Par le docteur CHATELAIN

Médecin adjoint à Préfargier (Suisse).

« Il n'est pas, dit le docteur Brierre de Boismoint (1), d'établissement public ou privé, quelque bien tenu qu'il soit, d'où il ne s'échappe des aliénés. Ceux-ci dont jour et nuit la pensée est la même, car l'insomnie est très-fréquente chez eux, ont un avantage incontestable sur les surveillants, à raison de la fixité de l'idée qui, si elle est leur maladie, est également leur puissance. Aussi l'aliéné monomane qui veut s'évader, se tuer, tuer quelqu'un, atteindra-t-il souvent son but. »

En effet, prévenir d'une manière absolue les évasions d'aliénés renfermés dans un asile, est chose matériellement impossible ; il faudrait pour cela employer vis-à-vis d'un grand nombre d'aliénés les mêmes mesures de sûreté qu'emploient les directeurs de prisons pour s'assurer des criminels dont la garde leur est confiée ; il faudrait des chaînes, des anneaux de fer et des cachots, et encore tous ces moyens ne suffiraient pas, car il n'est pas de prison d'où il ne s'évade de temps à autre de ces individus qui n'ont plus qu'un but, une espérance dans la vie, l'évasion et la liberté.

Les évasions dans les maisons de santé sont donc un mal inévitable, et, pour notre part, nous n'aurions guère confiance en l'humanité et l'intelligence d'un directeur d'asile qui se vanterait de n'avoir jamais d'évasions dans son établissement.

(1) *Du suicide*, 2^e édition, p. 473.

Mais si ces évasions sont toujours un accident regrettable, sérieux et pouvant entraîner les plus funestes conséquences, out-elles bien toute l'importance qu'on leur attribue généralement, et, pour les prévenir, est-il réellement nécessaire d'user avec toute la rigueur possible des moyens de contrainte et de sûreté, soit généraux, c'est-à-dire s'étendant à tout un asile, soit particuliers, c'est-à-dire ne s'appliquant qu'à tels ou tels individus ? Nous ne le pensons pas, persuadés que nous sommes, qu'en individualisant suffisamment, le médecin pourra, dans un grand nombre de cas, rendre le séjour dans l'asile beaucoup moins pénible en accordant une plus grande mesure de liberté relative.

A ce point de vue, on peut diviser les aliénés en trois catégories : 1° les aliénés dangereux (pour autrui ou pour eux-mêmes) ; 2° les incurables inoffensifs ; 3° les malades curables, et dans chacune de ces catégories, les conséquences soit directes, soit indirectes de l'évasion, comme aussi les moyens à y opposer se présentent sous un jour bien différent. Ainsi, qu'un aliéné incurable et inoffensif s'évade, qu'en résulte-t-il ? tout au plus des scènes pénibles de famille, et des embarras pour le réintégrer dans l'asile s'il a pu atteindre son domicile, mais enfin rien de grave, aucune de ces funestes conséquences qui sont quelquefois à déplorer dans les évasions de malades dangereux. En revanche, il n'en est plus de même dans les évasions de malades curables qui, outre le danger qu'ils peuvent, dans quelques cas (ce sont les plus rares), faire courir à d'autres, se nuisent presque toujours à eux-mêmes en s'évadant, car l'émotion causée par l'évasion, les alternatives d'espoir et de découragement dans l'exécution, si le malade est d'ailleurs assez peu troublé pour les ressentir, le chagrin de se voir repris, amènent ordinairement une crise qui, très-rarement favorable, entraîne presque toujours une rechute complète, et à ce titre comme à d'autres que nous verrons plus bas, une évasion est bien souvent un très-fâcheux élément de pronostic.

Curieux de savoir quelles sont les formes d'aliénation qui prédisposent, ou poussent le plus aux invasions, nous avons noté celles qui ont eu lieu à Préfargier pendant les six dernières années, en ne comptant que les malades entrés plus ou moins récemment, et dont la maladie était encore sous sa forme primitive. Il y en a vingt-cinq (1) (sur une moyenne de quatre-vingt-cinq admissions par an), qui se répartissent comme suit :

Formes avec dépression, mélancolie, manie des persécutions, lypémanie anxieuse, etc.	14
Alcoolisme	4
Manie (exaltation du moi).....	2
Démence plus ou moins avancée.....	4
Manie aiguë périodique.....	1
	25

On voit de suite par ces chiffres que ce sont les états de dépression du moi qui poussent le plus fréquemment à l'évasion, et dans ces quatorze cas il y en a douze, tous hallucinés, dans lesquels les idées de persécutions, de dangers, etc., jouaient le rôle principal. Les malades atteints de ces sortes d'idées ont un seul but, une pensée unique, celle de se soustraire aux dangers dont ils se croient menacés, et dont bien souvent l'établissement et ses employés sont la personnification ; ce sont des malades éminemment fuyards. Les aliénés de cette catégorie ne s'évadent cependant pas toujours avec préméditation ; il arrive aussi quelquefois qu'ils obéissent à une impulsion subite ; et les changements dans la nature des hallucinations jouent ici un grand rôle. Tel halluciné entend des voix qui lui disent : « Reste où tu es, tu courras de plus grands dangers encore si tu changes de séjour, » et il ne songe pas à s'évader ; mais si l'hallucination change, si la voix lui dit : « Sauve-toi, c'est le moment, » il

(1) Nous n'avons pas tenu compte dans ce relevé des simples tentatives d'évasion, comme il s'en produit très-fréquemment dans les asiles. Les vingt-cinq cas sont tous des évasions accomplies, c'est-à-dire dans lesquelles le malade a été réellement absent pendant un temps plus ou moins long, quelques heures ou quelques jours.

obéit de suite, et c'est pourquoi on ne peut jamais se fier à un halluciné.

Nous avons vu un exemple frappant d'évasion accomplie sous l'empire d'une impulsion subite. Un jeune malade, convalescent d'une mélancolie hallucinée, mais atteint depuis l'enfance d'un degré notable de défectuosité intellectuelle, devait quitter l'établissement, et il le savait. La veille du jour fixé pour sa sortie, il entend le médecin ordonner qu'on lui donne un bain de propreté. L'effroi le saisit, et pendant qu'on prépare son bain, il court au préau, escalade le mur d'enceinte et disparaît. On n'a jamais su ce qu'il était devenu, et, soit dit en passant, c'est sur nos vingt-cinq cas d'évasion le seul qui ait eu un résultat fâcheux.

Il n'est, d'ailleurs, pas rare de voir des malades s'évader quelques jours avant celui qui a été fixé pour leur sortie, alors même qu'ils savent que la liberté va leur être rendue. Un homme qui avait déjà fait plusieurs séjours à Préfargier pour des crises de manie alcoolique, et qui est, il est vrai, très-fortement original et fantasque, était en convalescence; il avait liberté pleine et entière pour des promenades au dehors. La veille du jour où il devait nous quitter, il fait sa promenade habituelle, rentre à l'asile, puis, l'instant d'après, s'évade en franchissant murs et clôtures!

Après les lypémanes et les malades atteints de manie des persécutions, ce sont les individus atteints d'aliénation alcoolique qui s'évadent le plus fréquemment et presque toujours dans la période de convalescence, alors qu'ils n'ont ni la patience, ni la raison nécessaires pour supporter l'espèce de quarantaine qu'on leur fait ordinairement subir pour laisser leur système nerveux reprendre, autant que possible, son équilibre normal, alors même que la lucidité est complète. Les malades ne comprennent pas que si on les retient encore, c'est dans leur propre intérêt et afin d'éloigner les chances toujours si probables de rechute; ils s'ennuient, veulent reprendre leurs occupations,

rejoindre leur famille, et comme ils ne sont nullement dangereux, que même ce sont parfois de bons ouvriers qui peuvent se rendre utiles dans l'asile, ils sont moins surveillés, plus exposés aux occasions d'évasion, et ils en profitent. Tous les asiles publics reçoivent régulièrement une ou deux fois l'an un certain nombre de ces individus qui, régulièrement aussi, s'éloignent sans prendre congé. Ces évasions-là sont, d'ailleurs, très-inoffensives, le malade rentre chez lui et se remet à l'ouvrage, — ou à la boisson, — comme si rien ne s'était passé ; mais il n'en est pas de même pour l'établissement, pour lequel elles sont souvent d'une fâcheuse influence, en ce sens qu'étant couronnées de succès, puisque le malade, étant convalescent, n'est point réintégré dans l'asile, elles engagent d'autres malades à tenter aussi une évasion, et qu'ainsi il peut s'en produire successivement plusieurs dans un court espace de temps.

Si les aliénés par alcoolisme s'évadent fréquemment dans la période de convalescence, il n'en est pas de même lorsque l'état est encore aigu, que l'affection revêt soit la forme de manie franche, soit celle du délirium tremens. Le délire est alors généralement trop complet, et les malades trop absorbés par leurs hallucinations pour pouvoir combiner et exécuter une évasion ; il en est ici comme dans la manie aiguë ordinaire qui ne produit que des évasions *inconscientes*. On verra plus bas ce que nous entendons par ce mot.

Les deux cas de manie que nous avons classés sous une rubrique spéciale, concernent des malades (un homme et une femme) atteints de monomanie des grandeurs et richesses ; non pas la paralysie générale, mais cette forme particulière d'exaltation du moi dans laquelle le malade, sans tomber dans les divagations puériles et absurdes de la paralysie générale, se croit de grands talents, une force physique extraordinaire, se croit apte à tout, etc. ; symptômes qui ne sont pas accompagnés de paralysie, le malade tombant peu à peu en démence sans paralysie. Les cas de ce genre ne sont pas, croyons-nous, très-fré-

quents, au moins pas en Suisse; mais s'ils l'étaient davantage, il n'y a pas de doute qu'ils fourniraient un contingent beaucoup plus considérable d'évasions, car le malade mécontent d'être, par la séquestration, empêché de déployer sur la scène du monde ses talents transcendants et ses hautes capacités (ce sont presque toujours des intelligences incomplètes ou originales) et jouissant encore d'un degré notable de lucidité, fait de fréquentes tentatives d'évasion.

Nous avons noté quatre cas d'évasions effectuées par des déments, mais à des degrés différents de l'extinction finale des facultés intellectuelles. L'un d'eux, atteint surtout de folie morale, s'évadait régulièrement au moins une fois l'an, sans but arrêté et peut-être en partie pour vexer ses infirmiers, car il se laissait toujours reprendre facilement et réintégrer dans l'asile sans aucune résistance. Un autre, un halluciné dangereux qui aidait depuis des années le valet d'écurie dans ses occupations, sans avoir jamais eu l'idée de s'enfuir, prit un jour subitement la clef des champs pour regagner son village natal situé près de Préfargier; réintégré peu de temps après, il a repris ses anciennes occupations, erre librement dans l'établissement et n'a plus songé à s'enfuir. Le troisième était un épileptique sujet à des accès de fureur stupide, qui s'évada pour rejoindre sa vieille mère; il fut ramené sans accidents, après quelques jours. Enfin le quatrième, dément avec des crises périodiques de fureur, s'était évadé dans le même but; il dut être ramené par la police.

Les évasions sont, toutes proportions gardées, très-rares chez les malades atteints de démence déclarée, les idiots, imbeciles, etc., parce que le trouble intellectuel est alors si complet que le malade n'a pas l'idée d'échapper à une position dont il n'a aucune conscience; en outre, ce sont en général de très-vieux cas; l'habitude d'être enfermés est devenue pour eux une seconde nature, et comme l'oiseau captif qui a perdu l'usage de ses ailes, on doit croire qu'ils ont perdu jusqu'au souvenir

d'une autre existence. C'est pour cette raison que la très-grande majorité des évasions sont effectuées par des malades nouvellement internés, ou qui du moins sont encore dans les premières années de leur maladie.

Notre vingt-cinquième cas, enfin, est celui d'un aliéné atteint de crises périodiques de manie suraiguë et qui, sans faire aucune tentative d'évasion aussi longtemps que durait le délire, s'évadait régulièrement dès qu'il entrait en convalescence. La quatrième évasion a été immédiatement suivie d'une rechute complète, dont actuellement le malade ne s'est pas encore relevé.

Sur nos vingt-cinq cas d'évasion, les sexes se répartissent comme suit : hommes 17, femmes 8, et il n'est pas étonnant qu'il en soit ainsi, car, par sa nature, la femme plus timide, moins hardie et en général moins courageuse, douée de moins de force physique et de moins d'adresse, reculera beaucoup plus longtemps devant les difficultés de l'évasion et la pensée de se trouver tout à coup seule, errante dans les champs ou les bois. Aussi voyons-nous qu'en général chez les femmes qui s'évadent, le délire est beaucoup plus complet que chez les hommes, car il faut une plus grande obscurité intellectuelle pour leur faire oublier la timidité et la réserve de leur sexe, lesquelles, à part dans certaines formes de folie morale, ne disparaissent pourtant pas complètement pendant l'aliénation, si, bien entendu, la malade n'est pas plongée dans un délire complet. D'un autre côté, lorsqu'une femme s'évade, elle met fort souvent, dans l'exécution de ses projets, plus de ruse, de ténacité, de persévérance que l'homme. On sait qu'il en est de même pour le suicide, et une ou deux femmes fuyardes dans un quartier, y sont un vrai fléau. Nous en avons vu une qui, encamisolée, grimpait aux murs comme un écureuil. Une autre s'évade avec l'intention d'aller se jeter dans le lac ; reprise comme elle mettait le pied dans l'eau, elle est mise au bain. Quelques heures après, elle fait sauter la baignoire, et avec une manche de

chemise pour tout vêtement, s'évade de nouveau et se précipite vers le lac. Il fallut sept personnes pour la ramener dans son quartier.

Les motifs ou le but de l'évasion sont très-variés, et il ne faudrait pas croire que tous s'évadent uniquement pour rentrer dans leur famille et recouvrer la liberté. Loin de là : si, pour le plus grand nombre, la liberté est le vrai but, pour plusieurs elle n'est qu'un moyen d'arriver à un but quelconque, ainsi le suicide, une vengeance ; les uns s'évadent par peur, ils croient qu'on veut les empoisonner, les mettre au supplice ; d'autres s'échappent pour chercher à assouvir leurs besoins sexuels, pour se livrer à la boisson, et ils peuvent alors être très-dangereux ; d'autres encore sont poussés par une impulsion irrésistible, ils s'enfuient de l'asile comme ils s'étaient enfuis de la maison. Chez beaucoup, enfin, l'évasion est en quelque sorte *inconsciente* ; le malade est poussé à agir ainsi par des sensations dont il ne se rend pas compte lui-même, et l'évasion n'est alors qu'un simple acte de délire. Aussi les malades de cette catégorie ne calculent-ils pas leur évasion, ils n'emploient aucune ruse, mais profitant d'une occasion, passeront machinalement par une porte qu'on a négligé de fermer, sauteront par une fenêtre de rez-de chaussée, puis une fois en liberté ils ne songent point à en profiter, ils restent blottis dans un coin, sous un buisson, dans le voisinage immédiat de l'asile, et ils sont alors souvent très-difficiles à retrouver, car on passera vingt fois à côté d'eux sans que le plus petit mouvement vienne trahir leur présence. Ainsi, par exemple, des lypémanes avec stupeur.

L'évasion inconsciente se rencontre aussi chez des aliénés en manie aiguë, et eux aussi n'emploient ni ruses ni calculs, mais s'ils parviennent à sortir de l'asile, leurs cris, leurs gestes désordonnés les font bien vite reconnaître et arrêter.

En général, ces évasions inconscientes sont très-dangereuses pour le malade lui-même, qui, dans son délire, ne distingue et n'évite aucun danger ; il se jettera à l'eau, se fera écraser par

une voiture ou une locomotive, se précipitera dans un fossé sans préméditation aucune, sans avoir nullement conscience de l'acte qu'il commet et du danger qu'il court.

Un fait remarquable et que sans doute d'autres que nous ont déjà observé, est que la grande majorité des évasions est effectuée par des malades dont l'état offre un pronostic des plus douteux, si même ils ne sont pas déjà complètement incurables. Ainsi sur les vingt-cinq cas d'évasion que nous avons notés, 5 malades seulement étaient réputés curables au moment de l'évasion, et encore parmi ces 5 y a-t-il trois individus atteints d'alcoolisme, c'est-à-dire seulement relativement curables; les 2 autres ont quitté l'établissement simplement améliorés. Les 20 autres étaient déjà réputés incurables lors de leur évasion.

Ce résultat n'est point étonnant, puisqu'on a vu que ce sont surtout les manies de persécutions qui prédisposent le plus aux évasions, et chacun sait combien le pronostic de ces sortes d'affections est fâcheux. Il en est de même, quoique à un degré moindre peut-être, pour l'aliénation alcoolique, et ceci confirme ce que nous disions en commençant, que d'une manière ou d'une autre une évasion est presque toujours un fâcheux élément de pronostic.

Les modes d'évasion ne sont pas très-divers et se résument le plus souvent en ceci : franchir les clôtures des préaux et jardins dans un moment favorable; cependant il y a d'autres moyens : ainsi il arrive assez souvent que les malades qui travaillent à la campagne autour de l'asile, dans les jardins, etc., profitent de cette circonstance; ils feignent de s'écarter un instant pour la satisfaction d'un besoin, pour chercher un outil ou tel autre objet, et disparaissent si le surveillant commet la faute de les perdre de vue; d'autres, en rentrant dans la maison après l'ouvrage, se glissent dans un coin obscur, derrière un buisson, un angle de mur, et y restent blottis jusqu'à ce que leurs compagnons se soient éloignés, puis ils prennent furtivement le large. C'est de cette façon que s'effectuent un grand nombre

d'évasions pendant les promenades que font les malades dans les environs des asiles qui ne sont pas situés au milieu d'une ville, où toute sortie de ce genre est malheureusement impossible. Les bois et forêts surtout, mais aussi les prés lorsqu'ils sont fermés de haies, ou que les blés sont hauts, sont dangereux à cet égard, et il est nécessaire alors qu'un surveillant ferme constamment la marche et ne laisse aucun traînard derrière lui, sous quelque prétexte que ce soit.

Dans les promenades, il n'arrive pas souvent qu'un malade essaye de s'enfuir en luttant simplement de vitesse avec son surveillant. Les vrais fuyards sont trop rusés pour s'enfuir d'une façon aussi ostensible, aussi peut-on fort bien les envoyer à la promenade en les faisant accompagner d'un gardien qui ne les perd pas de vue et auquel ils n'essayeront presque jamais d'échapper de cette façon. Ils sont même beaucoup mieux surveillés ainsi qu'abandonnés à eux-mêmes dans un préau.

Souvent l'aliéné qui veut s'évader profite, pour mettre son projet à exécution, d'un moment où la surveillance est moins complète; ainsi pendant le culte domestique, pendant un concert, une récréation en commun auxquels, pour une raison ou pour une autre, il ne prend pas part, et, en général, si un malade demande à être dispensé d'une réunion semblable, sans avoir à alléguer des raisons vraiment plausibles, il faut être sur ses gardes.

Nous avons remarqué que les évasions sont toujours beaucoup plus fréquentes en été qu'en hiver, saison où l'on sort peu, où les jardins, les cours et les préaux restent presque constamment fermés, et où par conséquent les occasions de s'enfuir sont plus rares.

Pendant la nuit, il ne s'évade guère que des aliénés qui couchent seuls dans une chambre, dans une cellule, et on les voit alors déployer parfois une adresse et une force physique extraordinaires. Cette catégorie de malades fait souvent le désespoir d'un directeur d'asile, outre qu'il arrive assez souvent des

accidents dans l'évasion même, ainsi des chutes graves, etc. Nous avons vu un malade en loge rester jusqu'au matin pendu par un pied à une fenêtre grillée très-élevée, à laquelle il était parvenu à grimper. Un autre s'est luxé le pied en sautant par une fenêtre dont il était parvenu à forcer les volets. Les individus qui couchent en dortoir commun tentent beaucoup moins de pareilles évasions, et exécutent ordinairement leurs projets de jour.

L'évasion est (sauf les cas d'évasion inconsciente) le plus souvent résolue et combinée depuis longtemps ; il y a aussi des cas dans lesquels elle est, pour ainsi dire, instantanée, résultat d'une impulsion subite et irrésistible. La mère d'un jeune malade vient le voir après une longue séparation ; introduite au parloir, le médecin va chercher son fils en lui annonçant l'arrivée de sa mère ; celui-ci feint de suivre le docteur, mais à peine hors du quartier, il glisse de côté par une porte qui conduit au parc et disparaît. Il traversa à la nage la rivière voisine (on était en décembre) et ne fut repris qu'au bout de quelques jours. Nous avons connu un malade qui, s'occupant habituellement dans les jardins, avait toute liberté dans l'établissement ; ses enfants venaient le voir de temps en temps et souvent il les accompagnait, à leur départ, jusqu'à près d'une lieue de l'asile, sans avoir jamais eu l'idée de s'enfuir ; un beau jour, il les accompagne comme d'habitude, mais ne revient pas.

Un fait que tous les médecins d'asile auront sans doute amplement constaté, est qu'il est très-rare de voir plusieurs aliénés se concerter, conspirer pour combiner et effectuer une évasion en commun ; il est d'expérience journalière que chaque aliéné vit trop concentré en lui-même et regarde ses compagnons comme lui étant beaucoup trop inférieurs en intelligence pour que tous puissent former en commun un plan ou des projets quelconques. Nous n'avons vu qu'une fois une évasion en commun. Deux jeunes gens, forts et agiles, sont aidés à franchir le mur d'enceinte du préau par un troisième malade déjà âgé,

qui, moins adroit, ne parvient pas, malgré tous ses efforts, à en faire autant ; les autres, voyant l'impossibilité où il est de les suivre, le laissent là et s'enfuient.

Beaucoup de malades, d'ailleurs, loin d'aider un camarade dans une tentative d'évasion, la signalent immédiatement à qui de droit et, au besoin, se joindront aux recherches faites pour retrouver l'évadé ; souvent même, lorsqu'un fuyard est ramené dans l'asile, ses camarades, loin de compatir à son échec, sont les premiers à se moquer de lui et, pour beaucoup, la honte de se présenter à eux gros Jean comme devant, n'est pas ce qui les mortifie le moins. C'est du reste un exemple salutaire pour tous de voir revenir un camarade, car beaucoup, voyant qu'on est pourtant repris et ramené dans l'asile, abandonneront des projets de fuite qu'ils auraient certainement mis à exécution, si celle-là avait été couronnée de succès ; nous avons du moins vu plusieurs fois qu'une évasion heureuse était immédiatement suivie de plusieurs autres.

Les récidives d'évasions sont assez fréquentes ; certains malades s'évadent régulièrement une ou deux fois l'an, les échecs ne les découragent pas. D'autres, au contraire, ne font qu'une tentative, et plus tard n'essayeront plus jamais d'abuser d'une dose même assez grande de liberté dans l'asile, soit parce que leurs idées délirantes ne les y portent plus, soit parce qu'ils reconnaissent l'inutilité de leurs tentatives. Un de ces fuyards était à sa troisième ou quatrième évasion lorsque rentrant chez lui tard dans la nuit, après une journée de marche forcée à travers les montagnes, il trouva derrière sa porte des agents de police qui, avertis par le télégraphe, l'attendaient tranquillement en fumant leur pipe. On ne lui permit pas même de voir sa famille, il passa le reste de la nuit au poste, et le lendemain fut réintégré à Préfargier, disant : « C'est fini, se donner tant de peine pour rien, j'aime mieux rester. » Et, en effet, il ne chercha plus jamais à s'évader : la leçon lui avait profité.

Les conséquences des évasions sont très-diverses suivant la

forme de l'aliénation et le but poursuivi par l'évadé; mais, en général, elles sont loin d'être aussi graves qu'on l'a peut-être trop longtemps pensé. De nos 25 cas, 1 seul a eu de funestes conséquences, c'est le jeune homme, déjà cité, qui a disparu pour toujours et qui aura sans doute péri par accident, car il n'avait aucune tendance au suicide. Des 24 autres cas 10 se sont terminés par la rentrée des malades dans leurs familles qui, pour une raison ou pour une autre, ne les ont pas immédiatement renvoyés à l'asile (2 ou 3 qui étaient en convalescence ont guéri chez eux); les autres sont restés incurables, et presque tous ont dû être séquestrés à nouveau, après un temps de liberté plus ou moins long. Quoique parmi ces dix malades il y eût plusieurs individus dangereux, aucun ne s'est porté à des actes de violence.

Les quatorze autres évadés ont été repris et ramenés à Préfargier directement, après quelques heures ou quelques jours d'absence. Un seul a, lors de son arrestation, opposé une résistance désespérée, et il a fallu plusieurs agents de police pour en devenir maître. C'était un lypémane furieux qui avait, pendant la nuit, forcé la fenêtre de sa cellule et franchi plusieurs murs. Sorti sans vêtements, il s'était, en passant au jardin, tressé des guirlandes de fleurs sous lesquelles il fit, au petit jour, son entrée dans la capitale.

Il est souvent surprenant de voir avec quelle facilité l'évadé, une fois en présence de quelqu'un de l'asile, le suit pour y rentrer; il obéit comme malgré lui à une volonté qui le domine, les habitudes de soumission contractées dans l'asile continuent à exercer leur influence au-dehors.

Une chose qui nous a également souvent frappé est la puérité et l'inconséquence dans la manière d'être d'un malade en fuite; on en a déjà vu un exemple, en voici un autre : Un jeune homme très-fort boxeur, et qui avait assuré qu'il casserait le nez aux gendarmes qui pourraient essayer de le saisir, se laissa très-tranquillement ramener à Préfargier, sous le prétexte qu'il

y avait un paquet à son adresse chez le directeur ! Un autre, arrivé à une demi-heure de l'asile, rencontre des gens qui arrachaient des pommes de terre dans un champ ; aussitôt il se met à leur aider, et fit si bien qu'on eut le temps de nous prévenir et nous de le reprendre avant que deux heures se fussent écoulées. Une autre fois, deux jeunes gens s'évadent ensemble, ils n'ont point d'argent pour voyager jusque chez eux, mais l'un a une bonne connaissance près de Berne, qui sûrement leur en prêtera. Une marche forcée les conduit chez l'ami qui les accueille cordialement et..... les met en loge ; il est médecin, propriétaire d'un asile privé !

En somme, nous le répétons, les invasions ne sont pas un événement aussi grave qu'on pourrait le croire au premier abord, et cela, il va sans dire, lorsqu'il ne s'agit pas d'aliénés réellement dangereux, de mélancoliques suicides, ou enfin de femmes érotiques qui peuvent fort bien faire dater une grossesse du jour de leur évasion, et dans ces trois catégories de malades, on ne saurait prendre trop de précautions pour éviter une fuite qui peut avoir les plus funestes conséquences (1). Dans ces cas, on ne saurait exercer une surveillance trop active, il y en a qui exigent même absolument l'emploi de moyens de contrainte, et il y aurait souvent inhumanité à ne pas les employer en laissant courir à de certains malades toutes les chances d'accidents qui peuvent se produire dans une tentative d'évasion, sans parler des dangers auxquels peut être exposée la société. Lorsqu'une évasion dangereuse se produit, il faut aussitôt envoyer plusieurs personnes, dans différentes directions, à la recherche immédiate de l'aliéné, en même temps que l'on prévient par un télégramme sa famille et la police, et souvent l'évadé peut être repris avant qu'il se soit éloigné beaucoup. Dans la grande majorité des cas, un avis à la famille suffit.

(1) Dans un asile de la Suisse allemande parfaitement dirigé, s'est évadé l'année passée un malade qui peu de jours après sa rentrée chez lui tua, à coups de couteau, un oncle et une tante, ses parents adoptifs.

Une excellente précaution consiste, lors de l'admission d'un malade, à s'informer auprès des personnes qui l'amènent, s'il a des parents, des amis, ou même de simples connaissances dans le pays, dans les villes ou villages les plus rapprochés de l'asile, et à noter soigneusement leur adresse, qui pourra rendre de grands services un jour ; car souvent la première chose que fait l'évadé, c'est d'aller chez les connaissances qu'il peut avoir dans le voisinage de l'asile, demander soit l'hospitalité, soit de l'argent pour retourner chez lui. Ces renseignements nous ont permis, dans bien des cas, de retrouver immédiatement des évadés que nous n'aurions su de quel côté chercher.

Il faut avoir soin, lorsqu'une évasion est découverte, d'en faire aussi peu de bruit que possible dans la maison, afin que les compagnons du malade ne croient pas qu'on attache grande importance à une évasion ; mais lorsqu'on l'a repris, c'est un exemple salubre de le faire rentrer très-ostensiblement, même en camisole, dans son quartier.

Nous ne pouvons entrer ici dans l'énumération de tous les moyens à employer pour empêcher les évasions, ce serait entamer une discussion incompatible avec le cadre de cette courte note ; mais, avant de terminer, il nous reste à dire quelques mots de l'influence que les évasions exercent sur la marche de la maladie mentale.

En général, cette influence est nulle. On a vu que le plus grand nombre des évasions sont effectuées par des aliénés incurables, ou dont l'affection est entachée de chronicité, par des monomanes de persécutions surtout ; or, quel que soit le résultat de l'évasion, réussite ou échec, les impressions et les émotions produites par les péripéties de la fuite rentrent trop dans le courant des idées du malade pour le heurter beaucoup ; elles s'y assimileront plutôt, et l'influence de l'évasion sera nulle. D'un autre côté, lorsqu'une influence quelconque se fait sentir, elle est de beaucoup le plus fréquemment fâcheuse, désastreuse même. Ainsi, des malades en voie d'amélioration peuvent être

renversés complètement par une évasion qui n'est pas couronnée de succès. Dans des cas de manie périodique, une crise peut éclater immédiatement après; les émotions qui accompagnent nécessairement la fuite expliquent suffisamment ce résultat.

Dans de rares cas, enfin, la rentrée à la maison, le bonheur de revoir les siens et d'être rendu à la liberté, produisent une réaction favorable qui peut être suivie bientôt de guérison; la littérature psychiatrique en cite quelques exemples, mais de tels cas seront toujours des exceptions. D'ailleurs, lorsque cette heureuse terminaison de la maladie se produit, elle est sans doute due à ce que le malade avait déjà reçu l'impulsion ou le germe de la guérison dans l'asile, et ce germe a continué à se développer après la sortie. On voit journellement des aliénés dont l'état physique est en voie d'amélioration, dont le poids augmente, qui se refont des globules sanguins, tandis que l'état mental est encore exactement le même, et c'est pourtant là le commencement de la guérison; que maintenant le malade s'évade, ou soit retiré par sa famille, l'impulsion est donnée, la guérison suivra très-souvent.

Dans nos vingt-cinq cas, l'influence de l'évasion sur la marche de la maladie se montre comme suit :

Influence nulle.....	22
— fâcheuse.....	1
— inconnue.....	1
Malade disparu.....	1
	<hr/>
Total.....	25

En terminant, nous faisons un vœu, c'est de voir introduire dans les comptes rendus statistiques des asiles d'aliénés l'élément évasion lequel, aussi bien que les suicides, les guérisons ou la mortalité, fournirait certainement des données intéressantes sur la marche des divers asiles et sur les résultats des différents modes de traitement, de restraint et d'organisation du service intérieur.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Société médico-psychologique.

Séance du 27 avril 1868.

Présidence de M. BROCHIN.

Lecture du procès-verbal de la séance précédente.

M. Bourdin demande la parole à propos du procès-verbal de la dernière séance.

Lorsque j'ai fait, devant la Société, une analyse de mon mémoire sur l'*instruction primaire dans l'armée française*, M. Alfred Maury a demandé si je pouvais faire connaître le degré d'instruction des militaires des différentes armes. Des recherches faites dans le *Compte rendu sur le recrutement de l'armée*, publié par le ministre de la guerre, me permettent de répondre à la question posée par M. Maury. Ces recherches s'étendent à quatre années consécutives, de 1859 à 1862 inclusivement. Pendant cette période, le chiffre de l'armée active s'est élevé, au 1^{er} janvier de chaque année, à 356 590 — 559 902 — 420 488, — enfin à 428 018 hommes. En divisant ces hommes par catégories, selon leur degré d'instruction, et en additionnant ceux de la même catégorie fournis pendant les quatre années successives, on obtient des totaux qui, ramenés au tant pour 100, donnent la proportion suivante :

Militaires sachant lire et écrire.....	64,59	}	100
— sachant lire seulement.....	41,50		
— ne sachant ni lire ni écrire....	23,91		

Cette classification générale de l'armée de terre est le résumé d'une classification identique opérée sur les corps de toutes armes. Elle s'applique séparément aux divers corps composant la ligne et la garde impériale, ce qui permet d'établir des comparaisons entre l'une et l'autre.

Pour éviter des longueurs, je citerai seulement les chiffres afférents à la catégorie des militaires qui ne savent ni lire ni écrire. Je réduis à la proportion pour 100 :

	La ligne.	La garde.
Infanterie.....	25,04	26,23
Cavalerie.....	20,07	15,41
Artillerie.....	13,69	16,66
Génie.....	7,46	4,64
Équipages militaires.....	21,92	24,70

De la comparaison de ces chiffres résulte cette donnée que la cavalerie et le génie de ligne contiennent un plus grand nombre d'ignorants que la cavalerie et le génie de la garde impériale : tandis que l'infanterie, l'artillerie et les équipages militaires de la ligne, comparativement aux corps analogues de la garde, présentent un plus petit nombre de militaires ne sachant ni lire ni écrire.

M. Maury a demandé si l'on pouvait tirer de la connaissance de l'état de l'instruction dans l'armée des notions sur le degré de l'instruction primaire dans la population française. M. Bourdin répond : La cavalerie et les armes spéciales offrent proportionnellement plus de gens instruits que l'infanterie, comme le démontre le tableau ci-dessus. Or, la cavalerie, l'artillerie, le génie et les équipages militaires se recrutent plus particulièrement dans les pays les moins ignorants. D'après les recherches de M. Bourdin, la France se divise au point de vue de la taille en deux parties bien distinctes. La ligne de séparation représente une courbe qui commence entre la Bretagne et la Normandie, s'avance du couchant au levant jusqu'à Orléans et Clamecy, s'infléchit du nord au midi jusqu'au département de la Haute-Loire (chef-lieu Le Puy), enfin se termine au nord des Hautes-Alpes. Au nord de cette ligne se trouvent les départements qui fournissent les hautes tailles (1^m,732 millimètres minimum) dans les proportions extrêmes de 694 à 1560 sur 10 000 recrues. Au midi de la même ligne, le nombre proportionnel des recrues propres au service des cuirassiers et des carabiniers est de beaucoup inférieur. Si l'on jette un coup d'œil sur la carte de l'instruction primaire, on voit que c'est précisément dans les mêmes points, c'est-à-dire au nord et à l'est de la France, que se rencontre le plus grand nombre d'hommes sachant lire et écrire. Le développement plus ou moins grand de l'instruction primaire dans les diverses armes n'est donc pas en rapport avec la taille des hommes ; il est en rapport avec le progrès de l'enseignement. Ce n'est point une question de race, mais simplement une affaire d'institution.

Correspondance.

La Société reçoit des lettres de remerciements de MM. les docteurs

Borrel (de Préfargier), Kramer (de la Rosegg), Ingels (de Gand), au sujet de leur nomination comme membres associés étrangers.

MM. les docteurs du Grand-Launay, directeur-médecin d'asile en retraite, Berger, médecin de l'asile de Bourg (Ain), et Broc, médecin en mission à Morzine, adressent aussi leurs remerciements à la Société, qui les a nommés membres correspondants.

M. le professeur Sannicola et M. le docteur Perla, médecins du manicomie d'Aversa, demandent à être nommés membres associés étrangers. Une commission composée de MM. Baillarger, Lunier, et Brierre de Boismont, rapporteur, est chargée d'examiner leurs titres.

Présentation.

M. Linas offre en hommage, au nom de M. le docteur Sentoux, médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Blois, deux ouvrages.

L'un, intitulé : *Les fous journalistes et les journalistes fous* ; C'est une réplique pleine de verve et d'esprit aux attaques toujours inconsidérées et souvent injustes, dirigées il y a quelques années, par un certain nombre de feuilles périodiques, et notamment par le *Figaro*, contre les aliénistes et les maisons d'aliénés.

L'autre, ayant pour titre : *De la surexcitation des facultés intellectuelles dans la folie*. C'est la thèse inaugurale de M. Sentoux. Le but de l'auteur est d'étudier et de faire connaître les aliénés dans les manifestations non délirantes de leur état mental, et particulièrement dans ces phases de suractivité intellectuelle, où les facultés de l'entendement sont agrandies sans être troublées, phases de suractivité pendant lesquelles les fous étonnent les gens raisonnables par l'exubérance de leur imagination, la précision de leur mémoire et le développement extraordinaire de leurs aptitudes mentales. M. Sentoux étudie cette surexcitation intellectuelle dans toutes les formes de la folie, et il termine sa remarquable thèse par des considérations médico-légales où il s'élève vivement contre les théories de MM. Elias-Regnault et Turck.

M. le docteur Sentoux m'a chargé de solliciter pour lui le titre de membre correspondant. Je prends donc la liberté de le recommander à vos suffrages pour le jour où cet honorable confrère vous aura directement adressé sa demande.

Lecture et discussion sur la nature de la paralysie générale.

La parole est à M. Bonnet, médecin en chef de l'asile de Maréville.

M. Bonnet (voyez ce travail en tête de ce numéro des *Annales*).

M. Foville. Messieurs, vous avez été frappés comme moi de l'importance du travail qui vient de vous être lu par M. le docteur Bonnet, tant en son nom qu'en celui de M. le docteur Poincaré, et de l'intérêt qui s'attache à la nouvelle doctrine sur la nature de la paralysie générale que ces deux confrères ont soumise à votre appréciation. Nous ne pouvons qu'être tous d'accord pour rendre justice à la valeur de leurs recherches et à l'originalité de leurs vues ; mais, tout en leur reconnaissant pleinement ce mérite, je me demande si, à certains égards, l'interprétation qu'ils donnent aux faits observés par eux, ne soulève pas de sérieuses objections ; permettez-moi de vous en présenter quelques-unes et de vous exposer, à cette occasion, les idées auxquelles m'ont amené des études déjà anciennes sur le même sujet.

Je dirai d'abord en quoi je suis d'accord avec MM. Bonnet et Poincaré ; j'indiquerai ensuite les points de dissidence qui me paraissent exister entre eux et moi.

Ils ont passé en revue les symptômes physiques de la paralysie générale, et il leur a paru que la plupart d'entre eux dénotaient un trouble dans les fonctions du grand sympathique et plus spécialement dans celles de ses filets vaso-moteurs ; c'est là une opinion fort juste, et depuis longtemps je suis arrivé de mon côté à une conviction identique. Rappelons en quelques mots les faits sur lesquels s'appuie cette doctrine.

La célèbre expérience de Cl. Bernard sur le ganglion cervical supérieur est le point de départ de toutes les connaissances récemment acquises sur les fonctions des nerfs vaso-moteurs et sur la physiologie de la circulation capillaire ; d'innombrables expériences ont été pratiquées depuis, pour éclairer ces questions, par un grand nombre de physiologistes, dont les plus connus sont Brown-Séquard, Schiff, Donders, Marey, etc. Grâce à l'ensemble de leurs travaux, on admet aujourd'hui sans contestation : 1° que toutes les fois que les fonctions du grand sympathique sont suspendues ou abolies, il se produit une augmentation de la vascularité, de la calorification et de la sensibilité ; 2° qu'au contraire, toutes les fois que ces mêmes fonctions sont exaltées, il se produit une action inverse, c'est-à-dire une diminution de la vascularité, de la calorification et de la sensibilité. Dans le premier cas, les nerfs vaso-moteurs ont été frappés de paralysie, les tuniques contractiles des vaisseaux se sont relâchées, et ce relâchement des capillaires a amené à son tour une hyperémie qui peut se borner à une simple congestion, ou qui peut aller jusqu'à produire une véritable inflammation avec son cortège

de produits d'excudation et de suppuration ; dans le second, les mêmes nerfs vaso-moteurs, fortement excités, ont amené la contraction convulsive des parois vasculaires, et ce spasme des vaisseaux produit à son tour l'ensemble des symptômes signalés plus haut, que l'on a pris aujourd'hui l'habitude de désigner sous le nom d'*ischémie*, et qui peuvent aller parfois jusqu'à la gangrène.

Cette série de phénomènes a d'abord été signalée et étudiée à la tête, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de la cavité crânienne ; puis on a reconnu qu'ils se produisaient de même dans toutes les régions du corps et dans tous les organes ; on a constaté ainsi que l'hypéremie, suite de la paralysie des nerfs vaso-moteurs, cause l'exagération des sécrétions, et, d'une manière générale, de la fonction de l'organe hypérémié, tandis que l'ischémie suspend ou abolit même complètement ces fonctions ; enfin, on a constaté que du grand sympathique dépendent aussi certaines modifications dans l'iris et l'appareil d'adaptation de l'œil.

Eh bien, la plupart des modifications que la physiologie expérimentale nous montre à la suite de la paralysie du grand sympathique, nous les retrouvons, d'une manière au moins passagère, dans la symptomatologie de la paralysie générale. Ainsi que l'ont dit MM. Bonnet et Poincaré, la rougeur, la chaleur, la congestion quelquefois si grandes des parties extra-crâniennes de la tête et qui, sans doute, existent en même temps à l'intérieur du crâne ; les modifications si fréquentes des pupilles ; les troubles généraux de la nutrition, que l'on voit se produire pendant le cours de cette maladie, sont absolument comparables à ce que l'on observe chez les animaux, après les lésions du grand sympathique, et s'expliquent, comme chez ces derniers, par la paralysie des nerfs vaso-moteurs et le relâchement des capillaires qui en est la suite.

La physiologie expérimentale nous fournit même des arguments plus nombreux, et des points de comparaison plus ressemblants aux symptômes et aux lésions de la paralysie générale, que ceux qui ont été rapportés par MM. Bonnet et Poincaré.

M. Goujon lie la carotide d'un lapin ; au bout de quelques jours l'animal meurt, et l'on trouve à l'autopsie, sur les parties antérieure et moyenne de l'hémisphère correspondant, une méningo-péri-encéphalite manifeste. Les méninges sont congestionnées, épaissies, troubles et *adhérentes* à la substance grise ; enfin, elles contiennent du pus. Vous voyez qu'à part cette dernière circonstance, les lésions observées sont toutes de celles qui existent dans la paralysie générale. Pour bien préciser le point de départ de ces accidents, M. Goujon renouvelle l'expérience, non plus en liant la carotide,

mais en coupant le cordon cervical du grand sympathique, et il observe exactement les mêmes symptômes et les mêmes lésions ; il en conclut que les accidents observés après la ligature de la carotide dépendaient, non pas de l'interruption de la circulation, mais bien de la constriction inévitable des nerfs vaso-moteurs compris dans la ligature. M. Richet, après avoir analysé les accidents cérébraux qui surviennent souvent chez l'homme à la suite de la ligature de la carotide, et avoir montré que ces accidents ne peuvent être attribués à la suppression du sang artériel, rappelle les expériences de M. Goujon et en conclut également que les accidents cérébraux consécutifs à la ligature des carotides tiennent à l'hypérémie qui succède à la lésion des plexus vaso-moteurs carotidiens. Ne trouvons-nous pas là une nouvelle preuve que les accidents congestifs et inflammatoires des méninges chez les aliénés paralytiques peuvent être rapportés, eux aussi, à la lésion des nerfs vaso-moteurs.

Cl. Bernard a montré que la paralysie du grand sympathique amenait dans les glandes une hypérémie congestive et une hyper-sécrétion qui avec le temps faisaient place à une dégénérescence de l'organe ; n'est-ce pas à une cause analogue que doivent être attribués d'une part le ptialisme, les sueurs profuses, le larmolement qui existent parfois chez les paralytiques, d'autre part les altérations que l'on constate souvent chez eux, à l'autopsie, dans le foie et les reins qui sont, suivant le degré de la maladie, ou bien augmentés de volume et congestionnés, ou bien atrophiés et granuleux, comme dans la cirrhose et l'albuminurie.

A propos de l'anatomie pathologique de la paralysie générale, M. Bonnet a fait bon marché de l'augmentation d'épaisseur et de vascularité que les auteurs signalent souvent dans les os du crâne ; cependant cette lésion n'est pas sans avoir une certaine importance au point de vue qui nous occupe. En effet, Schiff a montré que si l'on coupe sur un animal le nerf sciatique et le nerf crural, on constate au bout de quelques mois une augmentation considérable dans le volume des os du membre où cette expérience a été pratiquée, et il attribue ce résultat à l'excès de nutrition qui s'est opéré, dans ce membre, sous l'influence du surcroît d'activité circulatoire qui a été la suite de la section des nerfs vaso-moteurs et de la dilatation vasculaire consécutive. L'hypertrophie des os du crâne chez les aliénés paralytiques n'est-elle pas également attribuable au défaut d'action des vaso-moteurs de la tête ?

Dans d'autres organes, sous l'influence du relâchement vasculaire, le travail de désassimilation l'emporte sur le travail d'assimi-

lation, et c'est ainsi qu'à certaines périodes de la paralysie générale, chez les malades qui ne cessent pas de bien manger, et qui n'ont ni vomissements ni diarrhée, mais qui présentent une asthénie plus ou moins générale des capillaires, on peut constater un amaigrissement quelquefois très-rapide qui constitue une sorte de consommation ou de fonte paralytique; souvent cette phase de dépérissement n'est que temporaire et elle peut faire place à une phase d'embonpoint; mais d'autres fois elle se prolonge et emporte le malade: là encore, nous voyons la traduction en symptômes pathologiques d'un trouble de l'innervation vaso-motrice.

Je considère donc comme parfaitement conforme aux notions courantes sur la physiologie des nerfs vaso-moteurs et sur la symptomatologie de la paralysie générale, d'expliquer beaucoup des caractères de la seconde par un trouble dans les fonctions des premiers; à cet égard, je ne puis que confirmer et même étendre les idées de MM. Bonnet et Poincaré.

Dans une autre partie de leur travail, basée sur des recherches micrographiques tout à fait originales et nouvelles, ils se sont appliqués à montrer que dans la paralysie générale, non-seulement le système nerveux ganglionnaire est troublé dans ses fonctions, mais que, de plus, il est altéré dans sa structure. D'après eux, dans cette maladie, la chaîne entière des ganglions du grand sympathique, mais surtout sa portion cervicale, présentent les caractères de la dégénérescence graisseuse, et la plupart des cellules ganglionnaires sont pathologiquement envahies par de la matière pigmentaire. Ces altérations anatomiques leur paraissent assez constantes pour constituer un caractère essentiel de l'affection. Nous applaudissons de grand cœur à cette découverte importante; si elle est confirmée par d'autres observateurs, ainsi que cela est toujours essentiel en matière aussi délicate, pour que des données nouvelles acquièrent dans la science une valeur généralement reconnue; elle aura pour résultat d'ajouter un nouveau chapitre à l'anatomie pathologique de la paralysie générale. Du reste, le champ des altérations organiques dans cette affection s'est beaucoup agrandi dans ces dernières années, ainsi que cela est fidèlement exposé dans la partie historique du mémoire de MM. Bonnet et Poincaré; pendant longtemps on n'a tenu compte que des lésions visibles à l'œil nu; ensuite l'on a eu recours au microscope; mais d'abord on s'est contenté d'étudier les altérations des méninges et de la substance grise; puis M. Magnan a signalé les modifications du tissu interstitiel (névroglie) dans la totalité de l'encéphale; MM. Lockhart Clarke et Westphal ont mis en relief certaines altérations qui, d'après eux, seraient constantes

dans la moelle, et enfin MM. Bonnet et Poincaré nous apprennent que le système nerveux ganglionnaire est lui-même atteint de lésions histologiques déterminées ; toutes les portions du système nerveux sont donc frappées dans cette maladie ; toutes sont compromises dans leurs fonctions et dans leur texture.

Mais toutes ces lésions ont-elles une importance égale ? Doit-on, dans l'idée que l'on se fait de la marche et de la nature de la maladie, les mettre toutes sur le même rang ou bien les subordonner les unes aux autres ?

C'est ici, à vrai dire, que nous arrivons à la partie la plus intéressante du problème, et c'est ici, aussi, que nous commençons à nous séparer des deux auteurs que nous avons suivis jusqu'à présent ; voyons en quoi nous ne partageons pas leur opinion.

Pour eux, ils ont une doctrine parfaitement nette, et franchement formulée dans plusieurs passages de leur mémoire ; l'origine de la maladie, ils la mettent dans le grand sympathique ; c'est là qu'est le point de départ, le *primum movens* ; tout le reste n'est que consécutif et secondaire.

Si le cerveau, si la moelle sont altérés dans leurs fonctions et leur structure, cela ne vient qu'après coup, et parce que leur nutrition a été pervertie sous l'influence de la maladie primitive du grand sympathique ; ils le disent hautement, ils veulent priver le cerveau du premier rôle qu'on lui a longtemps attribué dans la pathogénie de la paralysie générale, le reléguer au second plan, et reporter toute l'importance dont ils le dépouillent sur le système ganglionnaire et les nerfs vaso-moteurs.

Cette théorie, que je crois entièrement neuve, doit-elle être admise ? Pour cela, il faudrait une démonstration que je n'ai pas trouvée dans le travail de MM. Bonnet et Poincaré. Ils sont très-affirmatifs dans leurs assertions ; mais ils ne me paraissent pas en avoir démontré la réalité.

Sans doute, les fonctions des vaso-moteurs sont troublées ; je l'ai montré comme eux ; sans doute, la structure des ganglions est altérée, je suis tout disposé à l'admettre ; mais sur quoi s'appuient-ils pour mettre dans ces troubles et ces lésions le point de départ de toute la maladie : ils se contentent de dire que l'âge des altérations anatomiques semble l'indiquer, et vous penserez comme moi que c'est là une preuve bien vague.

Pour imposer cette doctrine à nos convictions, il faudrait établir :

1° Que ces troubles fonctionnels et ces altérations anatomiques du grand sympathique sont un phénomène constant dès le début de la paralysie générale, et qu'ils précèdent toujours tous les autres ;

2° Qu'ils ont dans cette maladie un caractère propre qui ne se rencontre pas dans d'autres affections et qui leur donne une valeur vraiment spécifique.

Mais précisément ces deux propositions me paraissent toutes deux des plus contestables.

A l'égard de la première, ne savons-nous pas que bien souvent un malade peut déjà être considéré comme dément paralytique, sans avoir présenté de symptômes congestifs ; sa santé physique n'est pas encore notablement modifiée ; mais déjà son intelligence est obtuse, son caractère altéré, sa mémoire perdue, sa parole, son écriture, sa marche indécises ; chez lui, la démence paralytique a été réellement primitive ; les accidents congestifs traduisant le trouble du grand sympathique ne viendront qu'après, quelquefois à une époque très-éloignée du début ; peut-on dire ici que le système ganglionnaire a seul été malade dans le principe, et que ce n'est que par suite de cette maladie que les fonctions cérébrales et intellectuelles ont été consécutivement compromises ; évidemment non, ce serait intervertir l'ordre des événements.

De même, dans l'hypothèse que nous examinons, la paralysie des vaso-moteurs étant le point de départ et la cause du trouble de l'encéphale, il devrait y avoir parallélisme entre le degré de relâchement des vaisseaux et l'intensité des accidents cérébraux ; c'est bien, en effet, ce qui a lieu le plus souvent, et nous voyons d'ordinaire les périodes les plus intenses d'agitation, avec accompagnement de délire ambitieux ou hypochondriaque, coïncider avec une exagération de l'activité circulatoire des parties visibles de la tête, ce que nous sommes habitués à considérer comme un indice que l'encéphale est en même temps congestionné. Mais cette coïncidence n'est pas constante, et nous voyons aussi parfois des aliénés paralytiques être en proie à une agitation maniaque intense et présenter en même temps une pâleur de visage qui indique que les vaso-moteurs ne sont nullement relâchés à l'extérieur de la tête ni à l'intérieur non plus, si nous continuons à considérer la circulation intra et extra-crânienne comme solidaires.

Ces deux exemples de la démence paralytique, sans accidents congestifs au début et des périodes de grande agitation maniaque sans relâchement des capillaires céphaliques, me paraissent montrer que la première hypothèse n'est pas fondée.

Il me semble en être de même de la seconde, d'après laquelle les troubles et lésions du grand sympathique auraient, dans la paralysie générale, un caractère propre qui ne se retrouverait pas dans d'autres maladies.

Mais n'observe-t-on pas, dans bien des circonstances autres que la paralysie générale, des accidents congestifs du cerveau qui indiquent que les fonctions vaso-motrices sont enrayées ? Ce que nous avons dit plus haut de la signification attribuée par MM. Goujon et Richet aux accidents cérébraux qui suivent la ligature de la carotide le prouve clairement, et, pour ne pas sortir du cadre des maladies mentales, en quoi peut-on symptomatiquement différencier l'état de congestion de la paralysie générale de celui qui s'observe d'une manière plus ou moins durable dans la mélancolie, la manie, le délire aigu ? Pour prendre un argument dû à M. Bonnet lui-même, les tumeurs sanguines de l'oreille, dont, ainsi qu'il a bien voulu le rappeler, j'ai rapproché, il y a bientôt dix ans, le mode de production des troubles congestifs qui suivent la section du grand sympathique au cou, s'observent, il est vrai, le plus souvent chez des paralytiques, mais on en voit aussi se produire dans la manie chronique et dans la démence sans paralysie. Nous accordons volontiers que, dans la paralysie générale, les troubles vaso-moteurs se distinguent par leur intensité, leur généralisation, leur persistance, mais jusqu'à présent rien ne nous prouve qu'ils aient un caractère propre, une valeur spécifique.

Quant aux altérations anatomiques des ganglions, on en a déjà observé dans d'autres maladies ; MM. Bonnet et Poincaré eux-mêmes ont cité les fièvres typhoïdes graves et ils auraient pu en dire autant de toutes les affections de longue durée dans lesquelles l'économie tout entière est compromise ; il en est une notamment où ces lésions ont été décrites avec soin, c'est l'atrophie musculaire progressive ; Schnevogh en Allemagne, Jaccoud en France, ont publié des autopsies de malades qui avaient succombé à cette affection, et chez lesquels les ganglions cervicaux du grand sympathique étaient le siège d'une dégénérescence fibro-graisseuse très-avancée ; dans l'état de nos connaissances, ces lésions me paraissent bien comparables à celles qui viennent de vous être décrites aujourd'hui ; il y a donc encore lieu de se demander si ces dernières ont une valeur réellement spécifique.

Je crois avoir prouvé que la doctrine d'après laquelle le point de départ de la paralysie générale serait dans le système ganglionnaire n'est pas définitivement démontrée, et, qu'avant qu'elle ne le soit, bon nombre d'objections valables devront être victorieusement réfutées.

On pourrait proposer et soutenir la théorie opposée et dire qu'au contraire le cerveau est atteint le premier, et que c'est parce qu'il est primitivement affecté que le grand sympathique s'altère consé-

cutivement ; en effet, comme l'on est assez d'accord pour admettre que le centre d'innervation des vaso-moteurs est dans le mésocéphale (bulbe, protubérance et pédoncules cérébraux), on pourrait dire que la lésion se déclare d'abord dans cette région et que de là elle s'irradie à tout le système ganglionnaire. Cette manière de voir ne nous paraît pas en contradiction avec les symptômes ni la marche de la maladie, et nous ne voyons pas quelles objections elle pourrait soulever ; mais nous reconnaissons en même temps que nous n'avons aucune preuve démonstrative que les choses se passent ainsi.

Enfin, il est une autre doctrine qui, jusqu'à plus ample informé, me paraît la plus soutenable ; c'est celle qui, se bornant à tenir compte de ce qui est dès aujourd'hui acquis, consiste à considérer la paralysie générale comme une maladie susceptible d'affecter le système nerveux dans toutes les parties, encéphale, moelle et grand sympathique, de produire par conséquent des troubles dans l'intelligence, la sensibilité, la motilité et la nutrition, troubles qui, selon les cas, se montrent, soit simultanément, soit successivement, soit alternativement, sans qu'il y ait entre eux un ordre constant ni un rapport forcé de subordination réciproque ; en d'autres termes, dans cette maladie, les lésions des différentes régions du système nerveux, cerveau, moelle et grand sympathique, ne procéderaient pas les unes des autres, mais se développeraient d'une manière parallèle et s'associeraient les unes aux autres dans des proportions variables d'intensité et de durée.

Telle sera, messieurs, la conclusion de ces remarques qui, provoquées par l'intéressant travail de MM. Bonnet et Poincaré, laissent intacts tous les faits qu'ils ont signalés, et ne s'écartent de leurs conclusions que sur certains points d'interprétation et sur la conception générale de la maladie qui en fait l'objet.

La séance est levée à six heures.

Séance du 25 mai 1868.

Présidence de M. BROCHIN.

MM. Webster, membre associé étranger, Morel, Belloc, Labitte, membres correspondants, assistent à la séance.

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

Correspondance.

La Société reçoit : le *Journal de médecine mentale* de M. Delasiauve ;

Une lettre de M. le docteur Fetscherin, médecin-adjoint de l'asile de la Valdau, près Berne, qui accuse réception de son diplôme de membre associé étranger, et qui remercie la Société du titre qu'elle a bien voulu lui conférer ;

Un mémoire écrit en hollandais, par M. le docteur Hoffmann, médecin-assistant de l'asile de Meeremberg, relatif aux lésions anatomiques du cerveau chez les aliénés; et à leur étude histologique et micrographique ;

Une lettre de faire part de la mort de M. le docteur Dambre, de Courtray (Belgique), membre associé étranger de la Société. A cette occasion, M. Legrand du Sault rappelle les principaux travaux scientifiques de M. Dambre et notamment ses importantes publications sur la médecine légale des aliénés ;

Un mémoire, écrit en italien, de M. le docteur Benedetto Trompeo, relatif à un cas de léthargie maniaque, observé par M. le professeur Timermans, et qui a été également l'objet d'un bon travail de M. le professeur Bonacossà.

Présentations.

M. *Auguste Voisin* présente à la Société un mémoire inséré par lui dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, et relatif au diagnostic de l'épilepsie simulée, à l'aide du sphygmographe. Déjà, dans un travail lu à la Société médico-psychologique, dans la séance du 27 mai 1867, M. Voisin avait émis l'opinion théorique que l'absence de trouble dans les traces indicateurs de l'état de la circulation pourrait servir à distinguer les attaques d'épilepsie simulée, des attaques réelles. La pratique lui a permis depuis de constater l'exactitude de ses prévisions, et cette constatation fait l'objet du mémoire qu'il offre aujourd'hui à l'appréciation de ses collègues.

M. *J. Falret* présente le second fascicule du *Journal médico-psychologique* du professeur Griesinger, et fait connaître en abrégé les travaux qui le composent.

M. le secrétaire fait part à la Société de l'honneur dont vient d'être l'objet l'un de ses membres fondateurs, M. Alfred Maury, récemment appelé aux fonctions de directeur des Archives de l'empire. A cette occasion, M. Brière de Boismont communique à la Société une lettre de M. Alfred Maury, dans laquelle ce dernier s'exprime ainsi : « Je ne puis oublier que j'ai été un des fondateurs de la Société, et que j'ai toujours trouvé auprès de mes collègues l'accueil le plus bienveillant et le plus empressé. Assurez-les que, malgré mes travaux, j'assisterai, autant que possible, à leurs séances.

Rapport de candidature.

M. *Brierre de Boismont* a la parole pour lire deux rapports sur les candidatures de MM. Sannicola, médecin en chef, et Perla, médecin-assistant de l'asile d'Aversa, au titre de membres associés étrangers de la Société médico-psychologique.

Messieurs, la demande adressée à la Société par MM. les docteurs Sannicola et Perla, médecins de l'asile d'Aversa, pour obtenir le titre de membres associés étrangers, nous a reporté aux deux visites que nous avons faites à cet établissement. Il nous a paru utile de dire quelques mots des changements qui s'y sont opérés, avant d'exposer les titres de nos confrères.

La première visite date de 1830. Aversa, située à quatre lieues environ de Naples, ancien édifice religieux, comme presque tous les asiles de ce pays, était alors l'objet des éloges les plus exagérés et des critiques les plus vives. Cette différence d'opinion tenait aux réformes qu'avait introduites, peut-être avec trop de bruit, dans ce manicomme, le chevalier Linguiti. Ce directeur, homme adroit et habile, arrivé à une époque où les instituts d'aliénés italiens encourageaient de graves reproches, avait dû, par sa conduite philanthropique, appeler sur lui l'attention générale, et naturellement soulever de vives discussions. Nous y fûmes conduit par M. Vulpes, médecin en chef de l'asile, qui nous en montra toutes les dispositions avec une extrême complaisance. En traversant le salon de conversation nous y trouvâmes deux aliénés, dont l'un jouait du piano et l'autre de la guitare; c'étaient probablement les deux mêmes qui figuraient, au dire de Gualandi, devant tous les étrangers qui venaient visiter l'établissement; c'était probablement aussi l'éternel échantillon des villages, imaginés par Potemkin, dans l'excursion de la grande Catherine en Crimée. A chaque pas, on trouvait des bustes en plâtre des grands hommes, avec des inscriptions et des sentences philanthropiques, qui semblaient donner gain de cause aux plaisanteries du médecin de Bologne. Il y avait alors à Aversa deux cent seize hommes; quelques-uns étaient employés à de petits travaux de jardinage, mais le plus grand nombre étaient entassés dans une cour. L'étroitesse des locaux obligeait à recourir fréquemment aux moyens coercitifs, dont plusieurs étaient les vestiges d'une barbarie séculaire. L'impression que produisit sur nous cet établissement fut celui d'un hôpital où le service se faisait avec une grande régularité, mais dont les distributions n'étaient aucunement en rapport avec leur destination, et dont la transformation, quoique louable, n'avait pas atteint le but.

Le second établissement que nous visitâmes, en compagnie de M. Vulpes, fut celui des femmes. On n'y était admis, encore comme aujourd'hui, qu'avec difficulté. Il contenait deux cent trente-quatre malades. C'était un asile fort médiocre, trop petit pour son personnel, et plus défectueux que celui d'Aversa. Le docteur Vulpes, très au courant des progrès que ce genre de constructions avait fait en Europe et en Amérique, luttait contre les obstacles; mais beaucoup de temps devait encore s'écouler jusqu'à l'époque des véritables améliorations.

Notre seconde visite eut lieu en 1863; nous fûmes reçus, madame et moi, par un médecin dont le nom nous est resté inconnu. Il nous conduisit immédiatement dans le principal corps de bâtiment récemment bâti, qui avait un très-bon aspect, et nous parut destiné aux services généraux. De ce bâtiment qui sert de façade au manicomme, nous entrâmes dans la division des hommes, auxquels l'asile d'Aversa est exclusivement consacré. La première section, consacrée aux malades tranquilles, consistait en une galerie couverte très-propre, mais où l'espace était très-ménagé, et qui aurait été avantageusement remplacée par un pavillon isolé avec une galerie quadrangulaire, comme nous l'avons vu à Rome, depuis les appropriations nouvelles de son manicomme. Nous traversâmes ensuite plusieurs autres salles d'agités, de bruyants et de quelques gâteux, restes de l'ancienne construction, mais convenablement tenus. Les ateliers de tissus, de toilerie, etc., avaient leurs métiers montés; plusieurs pièces étaient sur le point d'être terminées. Le chiffre des aliénés présents était d'environ 330, parmi lesquels se trouvaient un certain nombre de pensionnaires dans un quartier séparé; leur réfectoire pouvait contenir 20 à 25 personnes; les tables étaient en marbre blanc, le service en argenterie. Le réfectoire des malades ordinaires était construit pour environ cent individus; les tables en étaient aussi en marbre blanc, et l'aspect général d'une très-grande propreté. A ces pièces, il faut joindre un salon avec piano et des pupitres pour une douzaine d'exécutants; un second salon de conversation et une salle de billard.

Le premier étage, auquel nous montâmes par un bel escalier, renfermait les chambres des pensionnaires, des dortoirs avec lits en fer, garnis d'une paillasse, d'un ou deux matelas, d'une couverture, de draps et d'un oreiller. Il y avait quelques pensionnaires à cet étage, les autres étaient en bas dans leurs galeries. Au second étage, nous remarquâmes une chambre matelassée pour les furieux et les suicides, et, à peu de distance, deux chambres dont les lits étaient recouverts par un appareil de cercles en fer, destiné à empêcher les malades de se précipiter à terre.

La cuisine et les offices, très-bien tenus, mais un peu sombres, étaient pourvus en abondance de viandes fraîches; la salle des médecins et la pharmacie ne nous ont offert rien de particulier.

Nous n'avons pas vu à Aversa de préau pour les malades, mais surtout aucune de ces dispositions que réclament les travaux agricoles, et que nous regardons comme un auxiliaire indispensable de leur traitement. Tout en faisant ces remarques, nous sommes heureux de reconnaître que les changements qui ont eu lieu rendent le nouvel établissement bien préférable à l'ancien, et que l'emplacement de la maison est très-convenable.

De l'exposition sommaire de l'asile d'Aversa, nous revenons naturellement aux honorables confrères qui y sont attachés. M. le docteur G. Sannicola a commencé de bonne heure sa carrière psychiatrique. En 1833, il publiait une traduction d'un travail de votre rapporteur *Sur les établissements d'aliénés d'Italie*, qu'il complétait d'une manière très-fructueuse par la description de tous les asiles existant alors dans son pays. Successivement médecin-assistant, puis premier médecin de l'asile d'Aversa, il était autorisé par le ministre de l'instruction publique à faire des leçons sur l'aliénation mentale. Il a inséré, dans les journaux médicaux, un grand nombre d'articles sur les maladies mentales, leur thérapeutique, et surtout fait connaître les travaux des médecins français; il a traduit les mémoires de M. Lunier, sur l'emploi de l'huile de foie de morue et des préparations bromo-iodurées.

Les ouvrages originaux qu'on doit à M. Sannicola, sont : 1° *Le traitement rationnel des maladies mentales*; 2° *Les cent aphorismes de thérapeutique*, quatrième édition, Naples, 1845; 3° une Lettre sur les effets de la musique; 4° *Souvenirs de thérapeutique morale*; 5° *Considérations sur l'onanisme et les autres abus vénériens dans leurs rapports avec la santé*; 6° *De l'emploi rationnel de la religion dans le traitement de la folie*; 7° *Résumé raisonné des passions dans leur rapport avec la philosophie et la médecine légale*. Naples et Pérouse, 1845.

Relativement à l'influence de la civilisation qu'il a dû examiner dans son résumé des passions, M. Sannicola rapporte qu'on constata en 1850, dans la capitale de l'Autriche, un nombre extraordinaire de cas d'aliénation mentale, triste phénomène qui suit toujours les commotions politiques. Il ne se passait point, dit-il, de semaine, presque de jour, qu'il n'y eût des personnes atteintes de cette grave maladie. Le nombre des aliénés, dans l'asile général de Vienne, qui avant la révolution variait de 150 à 250, arriva, à cette époque, à 980, dont le plus grand nombre étaient

âgés de vingt à trente-cinq ans, c'est-à-dire à la période de la vie où les passions sont les plus fortes.

Ce fait, en l'acceptant tel qu'il est, donne lieu à plusieurs observations. Il est évident que, parmi ceux qui ont ressenti cette influence, il en est plus d'un qui serait devenu aliéné par sa prédisposition et par l'action d'autres conceptions délirantes, comme les idées tristes, les pensées de ruine, de persécution, d'ennuis, etc. Il y a, d'ailleurs, comme nous l'écrivions en 1831 dans la *Gazette médicale*, une quantité considérable d'esprits faibles, exagérés, mobiles, que nous appellions la *matière première* de l'aliénation mentale, qui sont prédestinés à cette douloureuse maladie, parce qu'ils en puisent l'origine dans leurs parents et leur propre organisation. Mais il faut aussi reconnaître que beaucoup de ces individus seraient restés indemnes, sans l'éclosion subite de ces terribles changements, qui évoquent tant de souvenirs douloureux. C'est ce que nous avons prouvé par des exemples dans un travail qu'a inséré l'*Union médicale* en 1848 (1). Il ne faut point oublier qu'on a fait remarquer que les années suivantes on voyait le chiffre diminuer, rester stationnaire, et qu'en outre, les victimes de l'événement présent n'étaient pas les seules, et qu'un certain nombre d'individus, conçus dans ces temps d'angoisses, devenaient plus tard aliénés.

Indépendamment des utiles travaux de M. Sannicola, que nous n'avons fait qu'énumérer, nous devons aussi mentionner sa collaboration avec son neveu, le docteur Perla, au journal *le Linguisti*, du nom du directeur de l'asile d'Aversa, qui a commencé les réformes de cet établissement. Aujourd'hui, il publie, de concert avec son ancien collaborateur, la *Gazette de médecine mentale du royaume d'Italie*, qui a paru en 1867. Elle contient des mémoires originaux sur la folie et les maladies nerveuses; des observations cliniques, recueillies dans l'asile; des extraits de journaux italiens et étrangers, et des variétés. Ce médecin annonce la publication d'un *Compendium* des maladies mentales, avec le concours de M. Perla.

Cet exposé, quelque court qu'il soit, démontre que le docteur Sannicola est un vieil athlète dans notre science, et c'est justice de vous le proposer comme membre associé étranger.

Messieurs, nous vous disions, en parlant de la candidature de

(1) A. Briere de Boismont, *De l'influence des derniers événements sur la folie* (*Union médicale*, t. II, n° 85, 20 juillet 1848).

M. le docteur Sannicola, qu'il avait fait connaître avec beaucoup de zèle à ses compatriotes les travaux des médecins français ; le neveu a marché sur les traces de son oncle. Dès 1854, il publiait un résumé des Leçons de M. Falret, sur lequel notre honorable et savant confrère s'est exprimé en ces termes : « J'ai pris connaissance des notes si nombreuses et si instructives dont M. votre neveu a fait suivre l'analyse de quelques-unes de mes leçons ; qu'il continue à observer dans le célèbre asile d'Aversa, où il se trouve heureusement placé, et je ne doute pas qu'il ne soit bientôt un aliéniste distingué. (Lettre à M. Sannicola.)

Le mémoire dont parle M. Falret, et qui a pour titre : *Sur le traitement physique et moral de la folie*, contient, en effet, une quantité considérable de notes, fournies par la lecture d'une foule d'auteurs italiens et étrangers, parmi lesquels les Français occupent une place considérable. Il nous serait impossible d'entrer dans toutes les particularités indiquées dans ces notes, qui ne comprennent pas moins de cent pages ; nous citerons seulement celles qui peuvent éclairer quelques points controversés ou augmenter les connaissances acquises. M. Perla ajoute un nouveau fait à ceux des guérisons plus nombreuses chez les étrangers que chez les indigènes. Ainsi il note que les provinciaux guérissent plus que les Napolitains, ce qu'il attribue à l'isolement beaucoup moins complet de ces derniers. Il donne d'excellentes raisons des obstacles qu'éprouve le retour à la raison dans la famille, surtout chez les mélancoliques ; mais, tout en insistant sur l'utilité de l'isolement, il a soin de faire observer qu'il peut être nuisible à certains malades, soit qu'il ne s'adapte pas à leur sensibilité, au caractère de leur délire, à leurs passions, à leurs habitudes et à leur manière de vivre. On retrouve, dans ce passage, ce qui a été dit sur ce sujet par Esquirol, Conolly, Guislain et nous ; mais ce que se sont bien gardés de faire connaître les adversaires acharnés des médecins aliénistes, qui découpent un passage dans une réplique, et laissent celui qui pourrait les embarrasser.

Parmi les moyens employés, il rapporte un cas de l'heureuse influence de la musique. La femme qui fait le sujet de cette observation s'imaginait être un monstre hideux, à cause des crimes qu'elle croyait avoir commis. Pour sortir de cet état horrible, elle pensa qu'il n'y avait d'autres moyens que celui de recevoir par la bouche une âme, au moment où elle quittait le corps d'une personne. Elle voulut tenter l'expérience, aux dépens de la vie de son propre enfant, mais on parvint à l'en empêcher. L'agitation et la terreur étaient continuelles ; les remèdes mis en usage procurèrent

quelque calme, mais ne changèrent aucunement les conceptions délirantes. Une troupe de musiciens ayant par hasard fait entendre leurs instruments dans le voisinage de la chambre de l'aliénée, elle en manifesta une telle impression de joie, qu'ils continuèrent leur concert jusqu'à une heure fort avancée. La mélancolie ayant reparu après leur départ, on recommença l'expérience, le lendemain soir. Elle fut continuée pendant le carnaval. Ce moyen fut couronné de succès, et la malade affirma au docteur Bellono que la musique lui avait fait le plus grand bien. Ceci nous rappelle une observation de Bourdois de la Motte, praticien très-répandu, que le docteur Padiou a consignée dans son bon ouvrage *De la médecine morale*. Il donnait, depuis huit jours, des soins à une dame dont la vie paraissait prête à s'éteindre. La vue d'une harpe lui suggéra une idée qu'il finit par faire partager au mari. On fut chercher un habile harpiste du voisinage, qui joua d'abord sans succès. Après quarante minutes, le médecin remarqua que la respiration devenait plus distincte ; bientôt de profonds soupirs s'échappèrent de la poitrine. Tout à coup le sang jaillit du nez, et après une hémorrhagie d'au moins 8 onces, la malade reprit la parole ; peu de jours après, elle était convalescente. Cette dame, depuis ce moment, a joui pendant plus de trente ans de la santé la plus florissante (*ouv. cité, p. 94*).

Dans l'énumération fort bien faite des divers médicaments employés dans le traitement de la folie, M. Perla, parlant des moyens recommandés dans la folie érotique, cite comme souvenir de la thérapeutique des temps passés, le passage suivant : « *Alexander Benedictus Veronensis de maniaca narrat per totam noctem a quindecim viris venere defatigatam, et hinc largum mensium, qui annos aliquot substiterant, profluorim passam non sine pudore, diluculo, menti sanæ restituta est.* »

L'auteur, abordant un sujet vivement controversé, l'emploi de la saignée dans la folie, montre que si elle a eu des adversaires redoutables dans Pinel et Esquirol, elle a trouvé de fervents partisans dans Haslam et Rush. Il pense que cette proscription a été trop générale et se rallie aux opinions de M. Foville père, sur les cas où il convient de l'appliquer ; c'est aussi notre manière de voir, mais il faut bien en surveiller les suites. M. Perla a exposé avec beaucoup de soins les divers modes de traitement usités dans l'aliénation mentale ; il est un moyen que nous ne saurions assez recommander et que nous mettons en pratique depuis près de trente ans, c'est la vie de famille. Nous avons fait connaître cette méthode de traitement dans le mémoire que nous avons lu en extrait à l'Institut, et

publié en entier dans les *Annales médico-psychologiques*. Il renferme des faits intéressants, qui prouvent que pour le mettre à exécution, il ne faut que du dévouement et du bon sens.

M. Perla consacre plusieurs pages à deux questions importantes, la civilisation et le suicide dans leurs rapports avec la folie. Ce qu'il dit de ce dernier sujet montre qu'il est au courant de ce qui était écrit à cette époque sur ces deux questions. S'il la traitait de nouveau, nous pensons que la deuxième édition de notre *Traité du suicide et de la folie suicide* lui fournirait des documents puisés aux meilleures sources et avec les garanties que peuvent donner vingt années d'études consacrées à cette maladie, très-commune dans notre pays.

Nous n'avons emprunté que quelques passages au mémoire du traitement de la folie, dans lequel l'auteur a fréquemment recours à l'expérience de son oncle, mais nous en recommandons la lecture, parce qu'il passe en revue des préceptes de praticiens recommandables, qu'on oublie à mesure qu'ils s'éloignent de nous.

Il est juste de mentionner encore deux autres opuscules, la folie puerpérale et l'usage des narcotiques dans les maladies mentales.

Ce résumé rapide atteste le soin avec lequel notre confrère se livre à l'étude de la folie, aussi nous associons-nous complètement à l'opinion de M. Falret, en proposant à la Société de décerner le titre de membre associé étranger à M. le docteur Nicola Perla, médecin du manicomme d'Aversa.

A la suite de ces rapports et de deux votes distincts sur leurs conclusions, MM. Sannicola et Perla ayant réuni la majorité des suffrages, sont déclarés membres associés étrangers de la Société.

Hérédité du goître.

M. G. Labitte. J'ai l'honneur de présenter à la Société le tableau généalogique d'une famille de goitreux, originaire depuis plus de cent ans du hameau de Giencourt près de Clermont (Oise).

Sur les 92 individus qui composent cette famille, il y a 45 goitreux, dont 19 hommes et 26 femmes. Tous ont été et sont encore d'une belle constitution, généralement d'une grande taille, vivant longtemps et ne présentant chez aucun d'eux le moindre caractère de dégénérescence physique et intellectuelle. Le goître se développe chez les hommes de vingt-cinq à trente ans, et chez les femmes pendant ou après leur première grossesse, ou de vingt à vingt-cinq ans.

Giencourt est un hameau de 250 habitants, dont 70 sont de la famille D... ; il est situé au bas du versant sud-est de Clermont, dans une petite vallée qui conduit à la rivière de la Brèche, éloignée du village de 500 mètres environ. Aucun cours d'eau ne le traverse, et des puits à eau séléniteuse alimentent la population. Ce pays n'a qu'une seule rue, large, bien entretenue et bordée de chaque côté par des habitations relativement confortables, surtout celles de la famille D..., qui est la plus aisée du village. Il est fort rare d'y voir des affections endémiques, et dans les différentes invasions de choléra et de fièvre typhoïde qui ont frappé plusieurs fois Clermont et ses environs, Giencourt en a toujours été exempté.

Aucun habitant étranger à la famille D... n'a jamais eu de goitre ; la population du pays est belle et robuste ; les familles y sont généralement nombreuses.

Plusieurs membres de la famille D... ont quitté Giencourt, et la plupart restent dans les environs de Clermont ; aussi nous a-t-il été facile de les suivre et de constater qu'ils ont importé avec eux leur prédisposition héréditaire goitreuse tout en habitant des localités où jamais cette affection ne s'était vue. Là aussi les goitreux de cette famille ont conservé, même après la deuxième et la troisième génération, tous les signes d'une bonne constitution et d'une intelligence normale. Ce n'est pas la seule observation de ce genre que j'aie à communiquer à la Société ; bientôt, je pense, en présenter deux autres identiques sur deux familles nombreuses aussi, qui habitent deux pays différents dans les environs de Clermont, et donnent les mêmes résultats au point de vue de cette transmission héréditaire du goitre.

CHARLES RÉMY DELORMEL et **GENEVIÈVE BASSET**,

DEMEURANT A GIENCOURT, HAMEAU DE LA COMMUNE DE BREUIL-LE-VERT-SOUS-CLERMONT EN 1760 ENVIRON.

De ce mariage sont issus sept enfants, savoir :

NOTA. — Tous les noms en lettres grasses sont ceux des goitreux.

1. **CHARLES**, marié à Françoise Boncompte.

1. **MARIE FRANÇOISE**, mariée à Noël Fouquerolle.

1. **Louis**, né à Canneltecourt et y demeurant.

2. Gervais.

3. **François**, né à Canneltecourt et y demeurant.

2. **CHARLES-MARIE**, marié à Marie Fouquerolle.
 1. **Louis**, demeurant à Cannettecourt depuis 1835.
 2. **Marie-Joseph**, demeurant à Cannettecourt depuis 1830.
 3. **Élisa**, demeurant à Breuil-le-Vert depuis 1852.
 4. Baptiste.

2. **GENEVIÈVE**, mariée à Bernard Lamarre.
 1. **GENEVIÈVE**, mariée à Pierre Balochard.
 1. **Rosalie**.
 2. Pierre.
 3. **Désirée**, demeurant à Fouilleuse depuis 1843.
 4. Joseph.
 2. **BERNARD**, marié à Joséphine Davenne.

Joséphine, née et demeurant à Beauvais.
 3. **ADELAÏDE**, mariée à Jean-Louis Balochard.
 1. Ismérie.
 2. **Joséphine**.
 3. Adrien.
 4. **JOSÉPHINE**, mariée à Jérôme.
 1. Jean Louis.
 2. Édouard.

3. **LOUIS**, marié à Aglaé Debuire.
 1. **AGLAE**, mariée à Joseph Legris.
 1. Clémence.
 2. Joseph.
 3. **Rose**.
 2. **CATHERINE**, mariée à Porquier, demeurant à Cannettecourt depuis 1835.
(Sans postérité.)
 3. **GENEVIÈVE**, mariée à Jouvenel, demeurant à Fitz-James depuis 1812.
(Sans postérité.)
 4. **MARGUERITE**, mariée à Duhamel.
Rosalie.
 5. **JEAN-LOUIS**, mariée à Antin, demeurant à Beauvais depuis 1838.
(Sans postérité.)
 6. **PIERRE**, marié à Tazalle.
Charles Léon.

7. **JEAN-MARIE**, marié à , dit Manon, demeurant à Clermont depuis 1846.
(Sans postérité.)
8. **CONSTANCE**, mariée à Cabazet.
1. Alphonse.
 2. Jules.
 3. Constant.
- ROSALIE**, mariée en février 1788 à Louis-Brice Cabaret.
1. CATHERINE, mariée à Pierre Legris.
(Sans postérité.)
 2. **ROSALIE**, demeurant à la Maison-Blanche (Cannettecourt) depuis 1816, mariée en premières noces à François Feutry, en secondes noces à Thierry.
1. **Élisa**.
 2. François.
 3. Amédée.
 4. **Alfred**, demeurant à Rousseloy depuis 1859.
 5. **Clarisse**, demeurant à Clermont depuis 1845.
5. **FRANÇOIS**, marié à Delormel.
1. AGNÈS, mariée à Bourgeois.
(Sans postérité.)
 2. **FRANÇOIS**, marié à
1. François.
 2. Clémence.
3. **GENEVÈVE**, mariée à François Oape.
Jules, demeurant
4. **CHARLES**, mariée à Mélanie Crépin.
1. **Charles**, demeurant à Neuilly depuis 1860.
 2. **Alexandrine**.
 3. Louis.
 4. **Esther**, demeurant à Pont-Saint-Maxence depuis 1865.
 5. **Clémence**, demeurant à Clermont depuis 1860.
5. **ROSALIE**, mariée à Antin.
Clémence.
6. **JOSÉPHINE**, mariée à Bourgeois.
1. Ismérie.
 2. Jules.
7. **ALEXANDRINE**, mariée à Crépin.
1. Alfred.
 2. Charles.
 3. Bélisaire.
 4. Alphonsine.

6. **MARGUERITE**, mariée à Pierre Cabaret.

1. **PIERRE**, marié à Jeanne Darquenne.
 1. **Zoé**, née à Cambronne et y demeurant.
 2. Jules.
2. **GENEVIÈVE**, mariée à Bourson.
 1. Joseph.
 2. **Jules**, né à Breuil-le-Vert et demeurant à Étampes depuis 1860.
 3. **Alphonsine**, née à Breuil-le-Vert et demeurant à Étouy depuis 1843.
 4. Armance.
3. **ALEXANDRINE**, mariée à Bourgeois.
 1. Charles.
 2. Céline.

7. **JEAN**, marié à Decannetecourt.

1. **MARIE-LOUISE**, demeurant à Clermont depuis 1821, mariée à Baptiste Delormel.
 1. **Louise**, née à Clermont et y demeurant.
 2. Rose.
2. Joseph, mariée à Lobbé.
 1. Gustave.
 2. **Achille**, demeurant à Paris depuis 1863.
 3. **Rose**, demeurant à Beauvais depuis 1866.
3. **BAPTISTE**, marié à Carré.

Émile.

M. Morel. Le fait signalé par M. le docteur Labitte est des plus intéressants, et quoiqu'il contrarie un peu la théorie à laquelle je me suis rattaché pour ce qui concerne la genèse du crétinisme, je suis bien obligé de le prendre en grande considération. J'ai vu, pour ma part, le goître héréditaire dans certaines familles, mais je n'ai pas constaté, ainsi que M. le docteur Labitte, que cette infirmité coïncidât, dans la généralité des cas, avec la santé parfaite des individus. Sans doute, il est des goitreux très-intelligents, voire même bien portants, dans le sens habituel du mot; cela se voit dans les pays où cette infirmité est endémique. Mais personne ne soutiendra que le goître ne soit une gêne à la circulation et conséquemment à l'accomplissement parfait de l'hématose. Dans tous les cas, le goître est une infirmité, personne ne le conteste. Or, une infirmité, fût-elle héréditaire, soit dans la famille, soit dans la race, est une déviation du type normal de l'humanité, c'est une monstruosité.

J'ai observé le goître dans deux familles à Rouen. On y regardait cette affection comme héréditaire, et, en effet, elle s'était montrée dans trois générations. Mais, dans ces mêmes familles, j'ai retrouvé des idiots, des imbéciles, des sourds-muets et un cas de crétinisme. Les observations que j'ai faites plus en grand dans les pays où le goître est endémique m'ont permis de constater que les individus goitreux marchaient plus vite que d'autres vers une vieillesse anticipée. Chez les jeunes filles surtout, les traits se flétrissent de bonne heure, et c'est dans la descendance des individus affectés de goître ou de *cachexie goitreuse* (je vais m'expliquer sur ce terme), qu'il faut chercher les crétins.

A commencer par Fodéré, qui affirme que le crétinisme se retrouve presque toujours à la troisième génération dans les familles des goitreux, les auteurs qui se sont occupés de cette question d'*anthropologie morbide*, ont accepté la même manière de comprendre l'évolution pathogénique des phénomènes. Pour M. Fabre, auteur d'un très-bon traité sur la matière, le goître est le *père du crétinisme*. M. Niepce n'est pas moins affirmatif : « Je considère le goître, dit-il, comme le premier degré de la dégénérescence de l'organisme, dont le crétinisme est le dernier. — Pour moi aussi, le crétinisme n'est que l'évolution progressive à travers les générations d'un mal dont il faut chercher le point de départ dans les influences exercées sur les parents des crétins par la constitution géologique du sol et par les conditions viciées de l'atmosphère. Or, quel est le premier symptôme de ce mal affreux, de cette endémie qui nous offre les spécimens de la plus affreuse dégénérescence qui puisse affliger l'espèce humaine ? Je n'hésite pas à répondre : c'est le goître.

Mais ici surgissent les objections. On nous oppose que des individus parfaitement sains de corps et d'esprit, nullement affectés de goître, ont mis au monde des enfants crétins. J'ai cité des faits de ce genre. J'ai donné l'observation de la femme du directeur du haras de Rosières-aux-Salines (pays où le goître et le crétinisme sont endémiques), qui, venue du midi de la France et ayant déjà cinq ou six enfants bien portants, est devenue enceinte à Rosières, et a mis au monde un enfant crétin. J'ai vu plusieurs faits du même genre, et, chose remarquable, dont je vais donner l'explication, les enfants venus ultérieurement n'étaient parfois ni goitreux ni crétins.

Faut-il accepter, pour l'explication du fait de la dame de Rosières, que cette personne ait été frappée, ainsi qu'elle le prétend, par la vue des crétins, et que c'est à son imagination fortement impressionnée qu'il faut attribuer cette conception anormale ? Nous de-

vous chercher l'explication du phénomène dans un autre ordre de causes. J'ai cherché cette explication non-seulement pour ce qui concerne la femme du directeur du haras de Rosières, mais pour plusieurs autres cas du même genre. Je vous livre le résultat des investigations que j'ai poursuivies pendant des années, et vous comprendrez avec quelle anxiété et avec quelle sollicitude j'ai entrepris ces recherches, puisque j'avais primitivement admis comme théorie que le crétinisme était la dernière expression de l'état de dégénérescence antérieure des parents. Ici, au contraire, le premier né de parents non goitreux est crétin, et les autres enfants sont dans des conditions normales. Arrivons à l'explication.

Il est un fait acquis à la science, c'est que les individus qui viennent d'un pays où le goitre n'existe pas, pour s'établir dans un pays où ce mal est endémique, peuvent contracter cette infirmité. Retourner-ils dans la contrée qu'ils ont quittée, le goitre peut disparaître tout seul. Parfois cependant la situation exige un traitement actif et même très-long. C'est là ce qu'ont éprouvé sur leurs propres personnes Fodéré et Leuret, qui, revenus après de longues années d'absence dans leur pays natal, ont contracté le goitre.

Mais, ce qui n'est pas moins certain, c'est que les individus qui ne contractent pas le goitre éprouvent un état de langueur, de torpeur et d'allanguissement indéfinissable. Ce n'est pas un état fébrile proprement dit, mais c'est cependant une situation morbide qui a quelque analogie dans ses conséquences avec l'intoxication paludéenne. Ces individus deviennent lourds, pesants, parfois ils maigrissent. C'est là ce que j'ai appelé la *cachexie goitreuse*, sans goitre, de même qu'il y a une cachexie paludéenne sans hypertrophie de la rate ou des autres glandes abdominales.

J'ai établi ces analogies dans un récent mémoire lu à l'Académie de médecine ; j'ai constaté qu'une grossesse arrivée dans ces circonstances pouvait avoir une terminaison malheureuse en ce sens que le produit était un crétin.

Mais comment se fait-il maintenant que les autres enfants soient bien portants ? Cela s'explique par la loi de l'acclimatement. La constitution des parents s'est adaptée aux influences telluriques et atmosphériques du pays qu'ils sont venus habiter. Ils avaient procréé des enfants sains avant d'y venir. Il arrive maintenant que leur nouveau-né est crétin et les autres bien portants. Tels sont les faits sur lesquels on s'est appuyé surtout pour soutenir qu'il n'y avait aucune relation entre le goitre et le crétinisme.

Pour moi, au contraire, le goitre est moins une maladie que l'expression symptomatique d'un état de souffrance de l'organisme

dû aux émanations du sol et aux conditions spéciales de l'atmosphère.

Ces influences agissent sur la constitution à l'instar de l'élément toxique qui se dégage des terrains paludéens.

Entre les dégénérés des contrées paludéennes et les dégénérés des contrées goitrigènes les analogies sont frappantes.

Le goître, dans les contrées où ce mal est endémique, peut se transmettre de génération en génération.

Pour déterminer le crétinisme, qui est le dernier degré d'une dégénérescence primitive, il faut quelquefois une accumulation d'éléments morbides qui peuvent sévir avec plus ou moins d'énergie dans telle contrée plutôt que dans telle autre. C'est là une question d'intensité.

Il n'en est pas moins certain que dans les contrées où le goître est endémique, comme dans la presqu'île de Tourville, près de Rouen, on trouve, quand on se donne la peine de chercher, des idiots, des microcéphales, des êtres dégénérés de toutes les catégories, et, dans tous les cas, le type des individus révèle l'exagération du tempérament lymphatique.

Pendant, à la première vue, quantité de goitreux portent avec aisance leur infirmité. Ils se flatteront d'avoir des enfants bien portants. C'est là un fait qu'a fait ressortir l'intéressante communication de M. le docteur Labitte. Je désire vivement, pour ma part, observer ce fait sur place, non pas que je veuille, le moins du monde, mettre en suspicion la bonne foi d'un observateur aussi sagace que notre confrère de Clermont, mais pour avoir une nouvelle occasion de faire ressortir les rapports qui existent entre le goître et cette dégénérescence désignée sous le nom de *crétinisme*.

En un mot, le goître est le premier symptôme d'une atteinte portée à la constitution. Ce symptôme peut se traduire par l'hypertrophie de la glande thyroïde ou par l'état de souffrance de l'organisme, constituant une véritable cachexie. Il suffit que les parents soient placés dans cette condition malade pour donner le jour à des enfants goitreux et crétins, quoique eux-mêmes ne soient ni goitreux ni crétins.

Le crétinisme est une dégénérescence de l'espèce dont il faut étudier les différentes variétés dans leurs rapports avec la constitution des parents, ainsi qu'avec les causes spéciales qui sévissent avec plus d'intensité dans tel pays que dans tel autre.

M. Labitte. Aujourd'hui, je me suis borné à présenter à la Société l'observation de la famille Delormel, mais ce n'est pas la seule de ce genre dont j'aie connaissance. Dans les mêmes environs, il y a

au moins deux autres familles qui présentent dans la succession de leurs différentes générations des phénomènes entièrement analogues, ce qui leur donne évidemment un caractère moins exceptionnel qu'on ne pourrait le croire, si cet exemple était unique. J'espère être en mesure de faire connaître à la Société la généalogie complète de ces deux familles.

M. *Lunier*. Un fait surtout m'a frappé dans la communication de M. Labitte : les membres d'une même famille, affectée de goître, se dispersent en diverses régions ; les uns restent dans leur pays natal, les autres s'en éloignent plus ou moins, quelques-uns même viennent se fixer à Paris ; et cependant, malgré ces migrations, toutes les générations successives de cette famille continuent à présenter de nombreux cas de goître. C'est là un fait extrêmement important et en contradiction formelle avec ce que tous les auteurs, je crois, ont écrit sur sujet : tous ou presque tous, en effet, affirment que lorsqu'une famille affectée de goître émigre dans un pays où l'endémie est inconnue, le goître disparaît promptement dans sa descendance ; dès la deuxième génération, il est déjà très-rare, et à la troisième, on n'en retrouve généralement plus de traces. Ici au contraire, le goître s'est transmis avec une persistance qui ne s'est pas démentie, malgré des migrations nombreuses ; on ne peut donc l'attribuer à l'influence du milieu, et l'hérédité simple, réduite à elle-même, paraît avoir été la cause de cette transmission. C'est là, je le répète, un fait très-rare et tout à fait exceptionnel. Quant à l'opinion émise par M. Morel, je ne crois pas que l'on puisse dire précisément que les goitreux enfantent des crétins, ni que les seconds soient nécessairement le produit des premiers. Les uns et les autres s'observent dans les mêmes régions, dans les mêmes conditions telluriques, et constituent, pour ainsi dire, des degrés, des formes plus ou moins accentuées, d'une seule et même affection endémique, dont les causes sont encore à déterminer d'une façon précise.

M. *Fournet*. M. Morel vient de nous rapporter le fait d'une dame qui a eu six enfants très-bien constitués, très-sains, pendant son long séjour dans un pays où les crétins sont inconnus, et dont le septième, venu après un séjour de quinze mois dans un pays où le crétinisme abonde, s'est trouvé crétin.

Cette dame, nous dit M. Morel, attribue cette dégénérescence de son produit aux impressions morales profondes, aux craintes continues dont elle a été saisie pendant tout le temps de sa dernière grossesse, au spectacle tout nouveau et très-pénible pour elle du crétinisme de la nouvelle contrée qu'elle habite. Mais cette pré-

tendue influence morale sur le produit de la génération, ajoute M. Morel, n'est qu'un préjugé, un reste de superstition ; les seules causes véritables du crétinisme de son septième enfant sont les influences climatériques qu'elle a subies dans un pays où le crétinisme est endémique.

M. Morel et d'autres auteurs ont cité d'autres cas analogues, où la génération s'était insensiblement affranchie de ces influences crétinifères, et où les *autres enfants engendrés dans le même pays*, mais après un séjour plus ou moins long des parents, avaient repris le caractère normal des générations antérieures à la transplantation de la mère.

Je crois qu'il serait plus prudent, et plus scientifique, de ne pas exclure aussi absolument que le fait M. Morel, l'influence du moral sur le physique en matière de génération ; sans doute, les éléments météorologiques, physico-chimiques, constitutifs du climat, ont dû avoir ici la plus grande part à la génération crétinique. Mais l'influence des impressions et des affections morales sur les diverses fonctions de l'économie, nous est si évidente en une foule de circonstances, que l'on ne voit aucune raison plausible de l'exclure de la fonction génératrice. Le sentiment profond, presque universel des mères, à cet égard, et en particulier de la dame citée par M. Morel, ne serait-il pas ce sentiment intime du vrai qui devance la science, qui pressent les démonstrations futures de la raison, plutôt qu'une vaine superstition ? Il est au moins sage de réserver, par un doute suspensif, les droits de la science du moral à ce sujet.

Mais alors, me dira-t-on, comment expliquer le retour de la génération à sa normale, au milieu du spectacle persistant du crétinisme et par conséquent des impressions morales nées de ce spectacle ? La réponse est facile : le retour de la génération à sa normale a eu lieu aussi au milieu des influences physico-chimiques persistantes d'une contrée où le crétinisme reste endémique. Ces deux faits ont une raison commune : le principe qui préside à la vie morale, d'une part, le principe vital qui préside à la vie organique, d'autre part, entrent en lutte, chacun dans sa sphère, avec les circonstances ambiantes, s'exercent et s'habituent à une réaction salutaire, et se fortifient insensiblement par cette lutte même, jusqu'à résister enfin aux influences, là physiques, ici morales, qui les avaient trouvés désarmés et sans réaction dans une première période. Chacun de nous a éprouvé ces doubles effets de réaction physique et morale, et de triomphe de la vie sur ces doubles influences délétères, en beaucoup de circonstances, même journa-

lières. L'âme se trempe comme le corps dans ses luttes contre l'abaissement et la mort. C'est la définition de la vie par Bichat. Dans cette communauté des lois de la vie, réservons donc les mêmes droits à la vie morale qu'à la vie organique.

*Suite de la discussion de la transmission héréditaire
de l'épilepsie.*

M. Durand (de Gros). Messieurs, l'apport que je viens faire à la discussion sur l'hérédité dans l'épilepsie est sans doute bien faible ; toutefois, je ne songe pas à m'en excuser, puisque nul n'est tenu à plus qu'il ne lui est possible, et que, d'ailleurs, je vous sais disposés à encourager tous les bons vouloirs. Mais il est un tort pour lequel vous seriez certainement moins indulgents ; ce serait de vouloir suppléer à une indigence d'observations relatives au sujet proposé, au moyen d'une profusion de faits qui seraient étrangers à la question. Je crois ne pas avoir mérité ce reproche ; et cependant j'ai lieu de craindre que, jugeant sur les apparences, on soit porté à me l'adresser. Permettez que je me justifie d'avance, à l'aide de quelques courtes explications.

Quel est l'objet des recherches auxquelles nous avons été provoqués ? Si j'ai bien compris, il s'agit d'établir une statistique qui nous apprendrait dans quelle mesure et suivant quelles lois de filiation, l'épilepsie est transmissible par la voie de la génération.

Deux rapports numériques à déterminer s'offrent d'abord comme éléments principaux du résultat poursuivi ; c'est, *premièrement*, le rapport existant entre le nombre des cas où l'épilepsie se présente avec une origine réellement héréditaire, et le nombre des cas où la maladie est purement actuelle et primitive ;

Secondement, c'est le rapport de nombre qui existe, chez les familles entachées de ce genre d'hérédité, entre ceux de leurs membres chez lesquels le germe diathésique commun s'est développé, s'est manifesté, et ceux chez lesquels il est resté à l'état virtuel, à l'état latent.

Il y a donc là deux ordres de comparaison à établir, et, dans l'un et dans l'autre, comme on le voit, les deux termes qui se trouvent en présence, c'est un total de *faits positifs* et un total de *faits négatifs*. Ces derniers appartiennent donc, tout autant que les premiers, au problème statistique de l'épilepsie héréditaire. Cependant ceux que je viens d'indiquer ne sont pas les seuls : le problème embrasse encore un troisième ordre non moins important de données négatives, mais celles-ci paraissent, au premier abord, tellement dépourvues de tout lien avec la question de l'épilepsie, qu'il

peut sembler étrange de les faire figurer dans nos supputations.

Je m'explique :

Pour tous les pathologistes qui ont observé de près, et dont la vue n'était point obscurcie et faussée par un parti pris systématique, il est manifeste, je crois, que non-seulement la névrose dont nous nous occupons en ce moment est susceptible de transmission héréditaire, mais que, de plus, cette transmission peut se masquer sous des formes *hétéropathiques*, c'est-à-dire qu'elle peut se traduire en des maladies ou anomalies dont la nature symptomatique diffère entièrement de celle de l'épilepsie. Ainsi, dans certaines familles, l'hérédité diathésique qui se révèle chez tel individu par la modalité épileptique, s'exprimera par une autre espèce de névrose, ou même par un ensemble de signes pathologiques d'un ordre tout différent, chez tel ou tel de ses ascendants, de ses descendants, ou de ses collatéraux.

Or, l'observation clinique nous ayant fait connaître quelles sont ces espèces nosologiques héréditaires qui se prêtent avec l'épilepsie à ce genre de substitution réciproque entre consanguins, il est évident que nous aurons à mettre en balance de compte, avec les cas de ces maladies et anomalies non épileptiques où une telle association se réalise, tous les cas de ces mêmes maladies où cette association ne se produit pas. Cette troisième catégorie de faits négatifs appartient donc, aussi bien que les deux autres, à la statistique de l'hérédité dans l'épilepsie : ceci soit dit pour expliquer la grande part qui se trouve faite à des observations de ce genre dans le relevé clinique que je vais mettre sous vos yeux.

J'ai donné à mes recherches une base fort restreinte, mais naturelle ; c'est l'ensemble d'une petite agglomération rurale de cinq cents âmes. Toutefois il importe d'ajouter que cette circonscription démographique ne comprend pas, bien s'en faut, la totalité des membres, ni même des branches, des familles qui font le sujet de mes observations.

Ces familles sont au nombre de six ; je les désignerai respectivement par les lettres A, B, C, D, E, F. Il n'est pas sans intérêt de noter qu'elles appartiennent toutes à la partie la plus aisée de la population. Des motifs de haute convenance, que vous apprécierez, m'interdisent de préciser certaines indications par écrit ; je serai prêt, du reste, à suppléer à ces lacunes obligées par des renseignements verbaux. Mais mon silence sur une foule de points importants devra être imputé à une cause moins plausible : l'insuffisance de mes notes. J'ai remédié en partie à ce défaut par les communications qu'a bien voulu me faire, dans l'intérêt de notre science,

un praticien du pays, médecin de plusieurs des familles dont il va être parlé, et que l'Assemblée générale de l'association des médecins avait amené à Paris, ces jours-ci.

OBS. I. — La famille A. comptait dix enfants, dont trois garçons et sept filles, qui ont tous atteint la puberté. J'ignore s'il y aurait eu en outre des enfants morts en bas âge.

La fille aînée était épileptique depuis sa jeunesse. Elle était, du reste, la plus belle personne et l'une des mieux douées de la famille. Elle est morte vers les quarante ans, après s'être grièvement brûlée dans une de ses attaques. Elle ne fut jamais mariée.

L'aîné des fils est mort phthisique à l'âge de vingt et quelques années.

Le fils cadet, d'une intelligence peu active, a eu une atteinte de délire maniaque, vers l'âge de trente ans; il a recouvré la santé au bout de deux ou trois mois.

Une deuxième fille est obèse, et d'un esprit paresseux.

Tous les autres semblent pourvus d'une bonne constitution.

Scrutons maintenant l'ascendance et la descendance de cette génération.

La mère était percluse de rhumatismes dès l'âge de quarante-cinq ou cinquante ans; elle marchait en se traînant à grand'peine. Elle n'avait qu'un frère: quoique assez entendu en affaires, il pouvait être classé parmi les *pesants*. Un de ses oncles, qui avait néanmoins, dit-on, un certain esprit, était un excentrique caractérisé. Grand amateur de chasse et de chiens, il partageait son lit avec ces animaux, et avait transformé sa chambre en chenil. C'était un célibataire.

La ligne paternelle n'offrait, à ma connaissance, aucune particularité pathologique, à une exception près, toutefois: le père avait deux frères et quatre sœurs; l'une de celles-ci était boiteuse, tous les autres étaient bien constitués et bien portants.

Voici ce que nous trouvons chez les descendants:

Le deuxième fils, celui qui eut une période de dérangement mental, s'est marié: il n'a eu jusqu'ici qu'un enfant, encore jeune, qui semble bien constitué sous tous les rapports.

Trois des filles se sont mariées; elles étaient toutes de bonne santé. L'une a sept enfants vivants, dont le plus jeune approche de la puberté. Six d'entre eux paraissent ne rien laisser à désirer quant à la santé; une des filles a été atteinte d'hystérie vers sa douzième année. Cette névrose avait revêtu ici ses caractères les plus bizarres et les plus alarmants. Ainsi la malade perdait tout à coup l'usage

des organes de la mastication et de la déglutition, et si cet état faisait invasion au moment où elle avait des aliments dans la bouche, elle était dans la nécessité de les rejeter au dehors à l'aide de ses doigts. Cette sorte d'accès, qui était d'abord de peu de durée, étant arrivé graduellement à se prolonger pendant trente-six heures avec des intermittences de cinq minutes seulement, on dut recourir à la sonde œsophagienne pour alimenter la jeune fille. Elle est complètement guérie ; sa maladie avait duré plus d'un an. Ce sujet présente, du reste, une disposition scrofuleuse marquée.

Les deux autres filles, mariées, ont chacune un enfant unique et bien portant.

Obs. II. — La famille B... est issue d'une mère épileptique. Cette famille se composait d'un garçon et de trois filles.

a. Le premier mourut vers sa quinzième année d'une maladie cérébrale aiguë, probablement d'une méningite.

b. Ses sœurs sont bien portantes ; toutefois, l'une d'elles paraît dominée par une propension violente pour les boissons alcooliques : comme c'est, d'ailleurs, une femme très-intelligente et très-sensée, et que rien dans son éducation ni son entourage n'était de nature à solliciter chez elle ses malheureuses habitudes, je suis porté à voir une prédisposition pathologique et innée dans ce penchant. Elle est mariée, et a eu un garçon et une fille ; celle-ci est morte à l'âge de quinze ans d'une maladie très-courte, mais que je ne saurais spécifier. Le garçon, aujourd'hui jeune homme de vingt-cinq ans, paraît sain et assez heureusement doué à tous égards.

c. La deuxième fille a deux enfants vivants (j'ignore si elle en a eu d'autres qu'elle aurait perdus) : l'un, un garçon, est épileptique ; l'autre, une fille, a manifesté pendant quelque temps une excitabilité nerveuse inquiétante, mais qui paraît avoir pris fin.

d. La troisième fille est mère aussi de deux enfants, qui sont également une fille et un garçon. Ce dernier est sain et bien conformé ; la fille est boiteuse. Mais gardons-nous d'entrevoir une connexion héréditaire entre ce fait de conformation vicieuse chez l'enfant et le principe épileptique constaté dans la famille de la mère : c'est de ses ascendants paternels qu'elle a reçu cet héritage, suivant toute probabilité ; car leur famille, dont nous allons faire immédiatement l'histoire pathologique, est entachée de vice de conformation héréditaire à un remarquable degré.

Obs. III. La famille C. passe dans le pays pour avoir offert de tout temps le contraste étrange, saisissant, d'individus du même sang, dont les uns sont du type physique le plus beau et de la plus

riche santé, tandis que d'autres, à leurs côtés, en avant ou en arrière, sont des êtres monstrueusement difformes, des sourds-muets, des rhumatisants infirmes, ou des névropathiques de sortes diverses. Cette tradition funeste ne s'est pas démentie dans les générations actuelles, qui nous offrent trois lignées distinctes. Toutefois cette nombreuse parenté ne m'est connue que très-imparfaitement, et je me vois à regret, pour le moment, dans l'impossibilité d'en donner un état à peu près complet et fidèle ; je ne la connais que par fragments, mais ces fragments contiennent néanmoins des indications instructives.

Le plus âgé des représentants actuels de cette race me servira de point de départ et de repère dans le labyrinthe des distinctions généalogiques à travers lesquelles j'ai à vous conduire. C'est un vieillard plus qu'octogénaire ; il est de haute taille et d'une santé robuste que l'âge n'a pu entamer. Il n'a eu qu'un enfant, un fils, lequel, jusqu'à l'âge de trois ans, semblait de la plus belle venue. Alors, paraît-il, ses deux articulations coxo-fémorales se seraient luxées spontanément, un arrêt partiel de la nutrition se serait produit dans le membre pelvien, qui resta faible, grêle et atrophié, mais développé en longueur d'une façon démesurée, tandis que le thorax et les bras prenaient, en ampleur et en grosseur, un développement énorme. Ce sujet vécut jusqu'à l'âge de dix-sept ans ; à cette époque, il pouvait à peine faire quelques pas. Du reste, il semblait jouir d'une santé florissante. Ses facultés mentales étaient assez faibles. Il mourut à la suite d'une très-courte maladie dont j'ai ignoré la nature.

Revenons au père. Il avait plusieurs frères et plusieurs sœurs, mais je n'en sais point le nombre, et je n'ai de renseignements que sur une de ces dernières. Elle eut un fils et une fille ; tous deux paraissent sains et bien conformés. Ils se sont mariés l'un et l'autre. Je me rappelle vaguement avoir ouï dire que la diathèse héréditaire avait fait explosion sous diverses formes chez les enfants de celle-ci ; quant à son frère, dont la femme appartient à la famille B, il a eu un garçon bien portant, et une fille estropiée dont il a été fait mention dans l'Observation n° 2.

Dans une seconde branche de la même famille, nous trouvons deux époux, tous deux d'une rare beauté physique et d'une santé apparente parfaite, donnant naissance à une dizaine d'enfants (je n'en puis préciser exactement le nombre) dont une moitié sont des Apollons et des Vénus, dont l'autre moitié est un groupe désolant de culs-de-jatte, de sourds-muets et de névropathiques. Y aurait-il de l'épilepsie chez ces derniers ? Je l'ignore, mais je le soupçonne.

On parle d'une fille qui a des *attaques de nerfs*, et l'on sait que dans les familles c'est là une expression euphémique dont on se sert volontiers pour éviter le mot fatal d'épilepsie.

La troisième et dernière branche ne m'est connue que par un seul individu dont la santé et la conformation ne paraissent offrir rien d'anormal. Je sais qu'il a des frères et des sœurs, et c'est tout.

Enfin, je tiens du médecin dont il a été parlé, qu'il existe actuellement un aliéné dans la famille C, mais on n'a pu me dire à laquelle des trois branches de cette famille il appartient.

Obs. IV. — J'ai connu trois générations adultes de la famille D, et toutes ont fourni un contingent considérable d'esprits extravagants que les voisins appellent un peu hyperboliquement des *fous*, titre que les C... s'octroient du reste volontiers les uns aux autres. L'un d'eux est devenu un véritable maniaque à violents accès ; il fut renfermé dans un asile, où il mourut en peu de temps.

Le rhumatisme, entraînant parfois à sa suite des déformations et des infirmités, est commun dans cette famille. Du reste, les santés y sont très-bonnes, et les organisations puissantes. Les trois générations sur lesquelles je suis renseigné, et qui représentent une quarantaine d'individus, n'ont produit aucun épileptique.

Obs. V. -- La famille E... nous offre, au premier degré généalogique, un scrofuleux marié à une femme très-saine ; ils eurent deux fils et deux filles. De ceux-là, un seul fut marié ; je me souviens de son visage tout défiguré par des ulcères de scrofule dont les ravages avaient atteint jusqu'aux organes de la parole. Je lui ai connu deux fils et une fille ; ils ne présentaient rien de défectueux, si ce n'est une taille fort déprimée. L'aîné est mort âgé d'environ trente-cinq ans, à la suite d'un accès de délire maniaque qui le fit placer dans un asile d'aliénés. Ce que j'ai ouï dire des symptômes de sa maladie me fait présumer qu'il a succombé à une périencéphalite.

Je reviens à la précédente génération : nous y avons trouvé deux fils, et nous venons de décrire la descendance de l'un d'eux. Le second, je l'ai déjà dit, resta célibataire. C'était un homme d'un esprit fin et cultivé. Il paraîtrait cependant qu'il aurait eu dans sa jeunesse un dérangement d'esprit qui n'avait laissé du reste aucune trace. Il était affecté d'une blépharite scrofuleuse intermittente.

Près de lui vivait une de ses trois sœurs, comme lui célibataire. Vers l'âge de quarante ans, elle fut prise d'érotomanie, et son état fut assez grave pour nécessiter son entrée dans un asile ; après

quoi, elle tomba bientôt dans la démence, et mourut. Son frère, dont je ne saurais mettre la véracité en doute, rapportait un fait assez curieux qui aurait marqué cette maladie : la malheureuse érotomaniacque, tourmentée du désir de plaire et s'exagérant outre mesure les raisons personnelles qu'elle avait d'en désespérer, s'était imaginée voir son visage s'orner de la parure dont la nature a fait le privilège de la face virile, bien que, en réalité, il n'en fût rien. Il n'est pas une des merveilleuses préparations épilatoires prônées à la quatrième page des journaux, dont elle ne voulut essayer les vertus. Eh bien, voici ce qui serait arrivé : c'est que ce qui n'était d'abord qu'une hallucination serait devenu peu de temps après une réalité ; le visage de cette infortunée serait devenu effectivement le siège d'une production pileuse abondante. Serait-ce le cas de répéter ici, avec Montaigne, le dicton scholastique : *fortis imaginatio generat casum*? Mais craignons de tomber dans le faux raisonnement du *post hoc, ergo propter hoc*, et, dans le doute, tout en notant le fait, supposons plutôt qu'il ne s'agit là que d'une coïncidence fortuite.

Il nous reste à parler des deux autres sœurs ; elles étaient réputées saines de corps et d'esprit, et furent mariées. L'une d'elles a eu deux enfants, un garçon et une fille. Le premier mourut à vingt ans d'une maladie intestinale ; il était de bonne mine et fort intelligent. Sa sœur est une très-belle femme, d'un esprit vif ; elle est mère d'une petite fille bien portante et bien conformée.

La troisième sœur m'était inconnue, et tout ce que je sais à son égard, c'est qu'elle était la mère d'un individu mort à l'âge de trente-cinq ans de je ne me souviens plus quel mal chronique, mais qui pendant les dernières années de sa vie présenta quelques phénomènes pathologiques singuliers et caractéristiques ; je tiens le fait de son médecin. Des kystes se développaient dans les sinus frontaux, et se vidaient à l'extérieur par un canal fistuleux pratiqué à travers l'arcade sourcilière et son tégument, et venant déboucher à la tête du sourcil. Or, il arrivait qu'un trouble des facultés mentales se déclarait chez le malade toutes les fois que le kyste était à l'apogée de son développement ; la lucidité et le calme reparaissaient aussitôt que le sinus frontal était débarrassé de son contenu parasite.

Obs. VI. — L'histoire pathologique de la famille F est des plus remarquables, et présente du reste une étroite analogie avec celle de la famille qui fait le sujet de l'observation n° 4. Cette histoire, qu'il serait sans doute bien intéressant de suivre dans un passé

reculé, commence pour moi à une génération non encore complètement éteinte. Celle-ci était représentée par plusieurs frères, mais j'en ai connu deux seulement. L'aîné vit encore et doit approcher de sa quatre-vingt-cinquième année. Il n'en est pas moins très-fort et parfaitement ingambe jusqu'à ce jour. Au moral, il est réputé, à juste titre, une des meilleures têtes de l'endroit. Il a un œil atteint de strabisme.

Le cadet, mort à l'âge de soixante-quinze ans d'une attaque d'apoplexie, avait toutes les qualités de son frère, et, en outre, il était exempt de sa difformité.

Analysons maintenant les descendance respectives de ces deux frères.

a. Le *premier* est père d'un fils et d'une fille, tout deux sains et normaux. Celui-là est seul marié : il a eu jusqu'ici trois enfants encore jeunes. Deux n'offrent jusqu'à présent aucune anomalie ; mais l'autre, une fille, est née boiteuse et avec une main gauche dont les doigts sont réduits, par arrêt de développement, à la première phalange, et en outre sont palmés.

b. La famille du *second* se compose de cinq personnes, quatre garçons et une fille. Celle-ci est affectée de scoliose et d'imbécillité. Son frère le plus jeune, mais qui a bien aujourd'hui quarante-cinq ans, est atteint depuis longtemps d'une manie chronique inclinant à la démence. Il a passé un certain temps dans un asile.

Un deuxième frère, homme d'un esprit solide et d'une forte volonté, souffre d'une sciatique qui l'a rendu boiteux. Les deux autres paraissent parfaitement sains au physique et au moral, et heureusement doués sous tous les rapports. L'un de ceux-ci est marié : il n'a qu'une fille, âgée de huit ans, dont la santé paraît entièrement satisfaisante.

c. A cette double lignée de la famille F, dont les chefs sont les deux frères qui nous ont occupé en premier lieu, s'en ajoutent plusieurs autres ayant chacune pour souche un de leurs cousins. Je parlerai d'une seulement. Cette branche se subdivise en deux rameaux. Elle nous montre deux sœurs mariées, — je n'ai aucune indication sur leurs personnes — donnant naissance :

a. *Celle-ci*, à deux filles, dont l'aînée est contrefaite et difforme, tout en possédant une capacité intellectuelle assez peu commune, et dont la cadette, morte à vingt ans, d'une maladie de l'abdomen, était de la plus grande beauté ;

b. *Celle-là*, à un certain nombre d'enfants dont je ne connais qu'un seul : c'est un malheureux, aujourd'hui âgé de quarante à quarante-cinq ans, qui a passé toute sa vie encadré dans un châssis.

à roulettes, au moyen duquel il se traîne avec grand effort par les chemins. Il est idiot, strabique, contrefait et agité de mouvements choréiformes. Je le croirais volontiers sujet à des attaques d'épilepsie; c'est un point que je n'ai pas eu l'occasion d'éclaircir.

J'allais omettre un détail important. La cousine germaine de ce dernier, dont il est question dans le précédent alinéa (a), est mariée et a quatre enfants de douze, dix, quatre et deux ans; tous paraissent, jusqu'à présent, avoir heureusement échappé — comme *produits*, sinon comme futurs *reproducteurs* — à l'influence diathésique qui pèse sur la famille.

Telles sont les observations que j'avais à vous exposer : elles ont été recueillies d'une manière trop incomplète, elles présentent des lacunes trop considérables, pour me permettre de les résumer, dès à présent, en une expression générale et synthétique pouvant vous être offerte comme un état exact de l'épilepsie héréditaire dans le groupe de population que j'ai pris pour base de mes recherches.

Je me contenterai donc de vous soumettre ces simples notes comme des matériaux informes, en attendant que les circonstances me permettent de les compléter et d'en faire un travail statistique digne de ce nom.

Permettez-moi de terminer par quelques considérations relatives à l'objet de cette enquête sur la question de l'hérédité dans l'épilepsie, et à la meilleure marche à suivre pour atteindre le but désiré.

Quelque utilité qu'il y ait à pouvoir fixer les intéressés sur l'étendue du risque d'épilepsie qui pèse sur les descendants éventuels d'un épileptique, l'étude que nous avons commencée dans ce but spécial ne saurait borner son objet à un aussi médiocre résultat. Cette étude a une haute portée qu'il ne faut pas méconnaître, elle a un but supérieur d'utilité scientifique et d'utilité publique que nous devons avoir en vue pour instituer nos recherches sur un plan intégral et méthodique, et pour leur faire porter tous leurs fruits.

En effet, messieurs, c'est l'histoire naturelle des diathèses héréditaires que nous venons d'entreprendre, en commençant modestement et sagement par celle de l'épilepsie; or ce sont là, en quelque sorte, des êtres physiologiques dont l'évolution se déroule à travers les générations humaines, et ce n'est pas seulement la marche de cette évolution qu'il nous incombe de déterminer et de décrire; ce qu'il importe surtout, à mon avis, c'est de mettre à nu, s'il est possible, les conditions de vie et de développement, et plus parti-

culièrement encore les conditions de formation première, de ces germes parasitiques, qui survivent à leur victime et se perpétuent avec le sang des familles. N'entrevoyez-vous pas avec moi le champ d'applications immense et fécond de cette science nouvelle ? En pénétrant le mystère de la propagation des diathèses héréditaires, et celui de leur genèse, la médecine aura fait le pas le plus difficile pour arriver à purger le sang des races de ces poisons vivants.

Telle est — c'est ainsi du moins qu'elle m'apparaît — telle est la grande et finale mission de notre science : elle s'est bornée jusqu'ici à arracher une à une les mauvaises herbes qui infestent le champ de la santé humaine, mais c'est là une pratique barbare : il est temps que la médecine suive l'exemple de l'agriculture moderne, en ayant recours aux grands procédés d'amélioration et de transformation, c'est-à-dire en allant droit aux causes, en les frappant dans leurs racines, au lieu de s'épuiser contre la multitude innombrable des effets sans cesse renaissants ; en un mot, en étudiant la constitution des conditions pathogéniques générales, et ensuite en mettant en œuvre tous les moyens nécessaires pour substituer, à ces conditions favorables à la maladie, des conditions favorables à la santé.

En d'autres termes, l'avenir de la médecine n'est pas dans la thérapeutique proprement dite, il est dans un système d'hygiène et de prophylaxie publiques scientifiquement conçu et sérieusement appliqué.

Aussi, afin de nous placer dans cette voie nouvelle en étudiant l'hérédité dans l'épilepsie, nous devrions, je crois, et je regrette de n'avoir pu prêcher d'exemple en ceci ; nous devrions, dis-je, nous attacher, avec un zèle particulier, à remonter aux origines de cette formation diathésique, et nous appliquer à déterminer les causes qui ont pu lui donner primitivement naissance, et aussi celles qui peuvent modifier cette disposition héréditaire, soit avec une tendance à l'aggraver, soit avec une tendance à l'affaiblir et à l'éteindre. La science est déjà en mesure de dire de quelles conditions vicieuses d'habitation ou de régime naissent, pour la plupart, les hérédités scrofuleuse et phthisique : la misère et la faim qui, à la honte de la civilisation, ravagent à cette heure les trois quarts du globe, sans épargner nos plus fastueuses cités, sont là pour apprendre à nos médecins d'où sort ce fléau pathologique qui, pendant qu'il dévore en masse les générations actuelles, se ménage en même temps une grasse proie dans celles de l'avenir.

Nous ne sommes pas aussi bien renseignés sur les causes originales de l'hérédité épileptique, et nous ne devons pas souhaiter de

puiser cette instruction à une aussi terrible école. Ces causes, comme celles de toutes les maladies, doivent être cherchées sans doute principalement dans des circonstances anormales de milieu, milieu matériel et milieu moral ; mais là n'en est pas, je crois, la source unique : d'après un certain nombre de faits à ma connaissance personnelle, mais sur lesquels j'attends d'être plus complètement fixé pour vous les soumettre, je suis porté à attribuer un grand rôle, dans ce genre de production, à l'influence des unions consanguines.

Quand je considère, avec sa haute importance, les difficultés de l'œuvre que la Société vient d'entreprendre, je trouve qu'elles surpassent démesurément les ressources d'information que les mieux placés d'entre nous ont à leur portée. L'aliéniste, soit qu'il dirige un asile, soit qu'il se livre à la pratique civile (et dans ces cas il est fixé dans les grandes villes), n'a jamais devant lui que des individus. Or, ce ne sont pas des individus isolés, mais des familles entières et compactes que le pathologiste doit avoir sous les yeux et observer à loisir pour tracer l'histoire, ne serait-ce qu'à grands traits, d'un seul cas d'hérédité épileptique. Dans mon opinion, les praticiens fixés dans des petites villes ou dans les campagnes, c'est-à-dire là où la population flotte le moins, et où toutes les existences sont pour ainsi dire à découvert, sont en bien meilleure situation pour se livrer d'une manière suivie et avec fruit, à cet ordre d'investigations ; au point de vue de la tâche que nous avons en main, je les considère comme des auxiliaires précieux, indispensables même, dont il serait facile, je crois, à la Société, de s'assurer le concours.

M. Morel. La communication de M. Durand (de Gros) me paraît avoir un grand intérêt, surtout au point de vue des monstruosité que l'on constate dans les familles où existe un principe d'hérédité morbide progressive. Il importe que les médecins qui s'occupent de la spécialité des maladies nerveuses puissent combler les lacunes que nous trouvons chez les tératologistes, lorsqu'ils s'occupent des causes des monstruosité. Si nous consultons le remarquable ouvrage sur ce sujet par Geoffroy de Saint-Hilaire, nous voyons que trois ou quatre pages au plus sont consacrées à l'étude des causes. On y voit figurer la misère, les privations, les mauvais traitements éprouvés par la mère pendant la gestation.

Mais ce que nous n'y trouvons pas ce sont les effets de l'hérédité accumulée et qui se traduisent non-seulement par de vicieuses conformations de la tête et des oreilles, par le microcéphalisme et par d'autres difformités ou infirmités, mais par des arrêts de développe-

ment constituant de véritables monstruosités, et dont les organes génitaux sont le siège, ce qui est une grande prévision de la nature.

Les faits de ce genre seront observés bien plus fréquemment lorsque l'observation portera, ainsi que l'a fait M. Durand (de Gros), non pas sur les individus *isolés*, mais sur leurs familles. C'est là un travail qu'accomplit sous mes yeux un de mes internes les plus laborieux, M. Doutrebente, et je ne doute pas que ses observations ne puissent servir à l'avancement de la science des maladies nerveuses.

M. Dally. On ne saurait s'étonner de la difficulté que l'on éprouve à remonter dans l'histoire pathologique des familles, car l'étude de l'hérédité morbide est toute récente; quand Isidore Geoffroy Saint-Hilaire écrivait son ouvrage, elle n'était pas encore entrée dans les habitudes scientifiques, et il est à remarquer que, jusque dans ces derniers temps, aucun dictionnaire de médecine ne lui avait consacré une étude tant soit peu détaillée.

M. Brierre de Boismont. L'étude des antécédents des familles présente, en effet, de grandes difficultés. C'est ce qui ressort notamment du travail de notre collègue M. le docteur Campagne, lauréat du prix André. Dans ce travail, il établit qu'en remontant dans l'étude des antécédents de ses malades, il est arrivé que pour la deuxième génération les résultats étaient souvent incertains, pour la troisième, le plus ordinairement douteux, et qu'enfin on ne pouvait absolument rien apprendre de ce qui concernait la quatrième génération, à moins de cas exceptionnels.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Séance du 29 juin 1868.

Présidence de M. BROCHIN.

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

Correspondance.

La Société reçoit des lettres de MM. les docteurs *Vermeulen*, médecin des aliénés à Gand, et *Berliny*, médecin adjoint de l'asile de Malmö, en Suède, qui la remercient de leur nomination au titre de membre associé étranger;

De M. *Lagardelle*, médecin préposé responsable de l'asile de Niort, un rapport sur le service médical de cet établissement, pendant l'année 1867;

De M. le docteur *Danner*, médecin en chef du quartier des aliénés à Tours, une lettre par laquelle ce confrère sollicite le titre de membre correspondant de la Société, et divers travaux à l'appui de sa candidature. (*Commission* : MM. Trélat, Rousselin et J. Falret.)

Présentations.

M. *Brierre de Boismont* présente à la Société, de la part de M. le docteur *Lockhart Robertson*, membre associé étranger, un travail sur les divers modes d'assistance applicables aux aliénés. L'auteur passe en revue trois systèmes, les asiles fermés, les workhouses et les maisons privées, et cherche à préciser les proportions dans lesquelles chacun d'eux est applicable. Ce mémoire contient une très-bonne appréciation de ces trois modes, et est, d'ailleurs, à l'ordre du jour.

M. *Fournet* présente de la part de M. Tissot, doyen de la Faculté des lettres de Dijon, et membre correspondant de la Société, un nouvel ouvrage, intitulé : *De l'imagination, ses bienfaits et ses égarements*. Il se contente de mentionner aujourd'hui la publication de ce livre, et il se réserve d'en rendre compte dans une prochaine séance.

M. *Falret* présente de la part de M. *Krafft Ebing*, médecin à Illenau, membre associé étranger de la Société, une *Revue bibliographique des travaux relatifs à la médecine légale des aliénés*, parue en 1867 en Allemagne, en Angleterre, en France et en Italie.

Communication.

M. *Legrand du Saulle*. J'ai l'honneur d'annoncer à la Société que madame veuve Aubanel vient de lui donner encore un témoignage de sa bienveillante sollicitude, en me faisant parvenir une nouvelle somme de 800 francs, destinée à être décernée, comme les précédentes, sous le nom de *Prix Aubanel*. Le délai accordé jusqu'ici par la Société, pour traiter les questions qu'elle a proposées comme sujets de prix étant de dix-huit mois, il pourrait être à propos de désigner aujourd'hui une commission qui proposerait, dans la prochaine séance, une nouvelle question, et le terme d'envoi des travaux serait fixé au 31 décembre 1869.

Une question est déjà au concours, en ce moment, pour un prix de 800 francs ; c'est celle des *accidents convulsifs dans la paralysie générale*, et les travaux des concurrents doivent être envoyés avant le 1^{er} octobre 1868. Enfin, le concours pour le prix de 1600 francs, sur les *intervalles lucides dans la folie*, est clos depuis le 1^{er} jan-

vier dernier, mais le prix, qui sera le premier prix Aubanel décerné, n'est pas donné, parce que la commission n'a pas encore fait son rapport; il serait à désirer que ce retard ne se prolongeât pas davantage.

M. le président désigne MM. Trélat, Brierre de Boismont, Delasiauve, Rousselin et Legrand du Saulle pour faire partie de la commission chargée de préparer le programme d'un nouveau prix Aubanel à décerner après le 31 décembre 1869, et invite la commission, chargée du rapport sur le premier prix Aubanel, à hâter le dépôt de son travail.

Lecture.

M. Brierre de Boismont lit un travail historique sur la folie étudiée dans les œuvres de Shakespeare, et, en particulier, sur la folie d'Hamlet.

[M. Lasègue.] Je ne veux nullement m'inscrire en faux contre l'éloge que M. Brierre de Boismont vient de faire de Shakespeare, ni méconnaître la valeur des œuvres dramatiques de ce grand poète; mais il ne s'ensuit pas que toutes les assertions de notre collègue me paraissent à l'abri de critique. Ne pouvant juger ce travail d'une manière complète, après une simple audition, je me contenterai de signaler à votre attention quelques passages pris au hasard, qui, à mon avis, peuvent donner lieu à contestation.

Par exemple, M. Brierre de Boismont a fait un grand mérite à Shakespeare d'avoir montré, dans le personnage d'Hamlet, comment les passions tristes, après s'être longuement appesanties sur un esprit naturellement chagrin, finissent par l'entraîner au *tædium vitæ* et de là au suicide; il nous a montré avec le poète, la folie mélancolique comme le résultat pour ainsi dire normal d'un état psychologique où dominent les passions dépressives.

Pour mon compte, je ne vois pas les choses sous ce jour, et je crois peu à la transformation des passions tristes en folie mélancolique; celle-ci, au contraire, me semble naître de toutes pièces et résulter d'un état cérébral morbide, qui éclate d'une manière subite, le plus souvent sans cause, qui se traduit par une tristesse profonde, un ennui immense de vivre, et qui montre la mort comme la seule issue acceptable.

Et cet état cérébral, qui entraîne de si graves conséquences, chez qui le voit-on éclater? Ce n'est nullement chez des individus usés par les passions lugubres, qu'une longue série de souffrances intérieures pourrait avoir dégoûtés d'une vie misérable et préparé à de funestes extrémités. Il se produit, au contraire, chez des individus

qui jusque-là n'avaient manifesté aucune tendance à la mélancolie, et qui ont pour caractéristique ordinaire d'être peu intelligents, de présenter une organisation physique et morale peu étendue, et de rentrer dans le cadre des personnes organiquement prédisposées à la folie instinctive.

Admettre, ainsi que le fait M. Brierre de Boismont, que les aliénés passent d'une manière logique de la passion à la folie, ce n'est pas seulement, à mon avis, accréditer une généalogie fautive; c'est faire plus encore, car, à côté de l'inconvénient scientifique, je vois surtout à cela un inconvénient social.

C'est là, en effet, ce qui encourage les magistrats, les journalistes, les romanciers, les simples gens du monde à croire qu'ils sont aussi aptes que les médecins à juger les questions relatives à l'aliénation mentale; c'est là ce qui entraîne tant de personnes étrangères à notre science à nous attaquer journellement sur un terrain où elles croient à tort être aussi compétentes que nous,

Si, au contraire, l'on s'accordait pour affirmer que la folie ne ne résulte pas de l'évolution des passions, mais qu'elle est entièrement l'effet organique de certains états morbides du cerveau, on démontrerait, par cela même, la compétence exclusive du médecin, et on le mettrait à l'abri des attaques imméritées dont il est trop souvent l'objet.

(M. Brierre de Boismont.) Il y a dans l'argumentation de M. Lasègue deux points qui me paraissent devoir être discutés. C'est en se plaçant sur le terrain des poètes et des moralistes, a dit notre confrère, qu'on donne aux magistrats et aux gens du monde l'idée qu'ils sont aussi aptes que les médecins à se prononcer sur la folie. Notre domaine est complètement différent, puisqu'il a pour éléments l'homme sain ou malade. L'ennui, le *tædium vitæ*, dont a parlé M. Brierre, est une affection cérébrale. Les personnes atteintes de ce mal sont des esprits faibles, des organisations débilisées; pour ma part, je n'ai jamais rencontré les personnages imaginés par les auteurs. Je n'admets pas non plus que les passions soient les causes de la folie dont le point de départ est également dans l'organisation pathologique. Je répondrai à M. Lasègue sur ces deux points: L'ennui est une maladie morale et physique qui a existé de tout temps. Les Grecs la connaissaient sous le nom d'*ἀθυμία*; Sénèque écrivait à son ami Serène: nous sommes incapables de souffrir la douleur, impuissants à jouir, impatients de tout. Horace, dans ses *Satires*, raconte que les gens ennuyés allaient au pont Publicius mettre un terme à leurs souffrances. Clément, qui écrivait au II^e siècle, a tracé un bon portrait de l'ennui. Les

trois livres de saint Jean Chrysostome à Stagyre font admirablement connaître l'état de malaise des âmes au IV^e siècle. On trouve dans Stobée, qui vivait vers le V^e siècle, qu'un jeune homme, forcé par son père de se livrer à l'agriculture, se pendit, laissant une lettre, où il déclarait que ce travail était trop monotone; qu'il fallait sans cesse semer pour récolter, récolter que pour semer, et que c'était là un cercle infini et insupportable. L'*Acedia* des moines, au V^e siècle, les écrits d'Obermann, de Goethe, de Châteaubriand confirment l'existence de l'ennui. Dans notre ouvrage sur le suicide, nous avons montré que l'ennui était une maladie sociale et pathologique, qui se terminait souvent par le suicide. Shakespeare a donc eu parfaitement raison d'indiquer, dans *Hamlet*, les rapports qui existent entre le *tædium vitæ* et la folie.

J'arrive à la seconde objection de M. Lasèque, le rejet de l'influence des passions comme cause de la folie. J'admets avec Guislain et M. Bouillaut la préséance des lésions des sentiments sur celles de l'intelligence, ce qui n'est pas prétendre que les passions sont les causes de l'aliénation, quoique, dans ma conviction, elles y aient une grande part. Ce sont, en effet, les coups multipliés portés à la sensibilité qui préparent l'éclosion de l'aliénation mentale, presque toujours en germe dans la famille et l'individu; aussi Guislain me paraît-il très-fondé à faire de la douleur le grand pivot de la folie. Il est donc nécessaire de tenir compte de l'action des passions sur la sensibilité, comme cause déterminante de la folie.

J'ajouterai que, si j'ai pris Shakespeare pour sujet de mes observations, c'est que j'ai été frappé de la vérité de ses descriptions. Ce qu'il dit de la mélancolie, de la manie, de la misanthropie, de la folie raisonnée ou d'action, de l'imbécillité, de la folie simulée, est conforme à ce que l'observation clinique nous a enseigné. Une remarque qui n'est pas moins importante, c'est que, à chaque instant on trouve des faits secondaires que l'expérience peut seule avoir appris à l'illustre poète. Enfin, il ne faut pas perdre de vue le but que je me suis proposé dans cet essai, celui de prouver que Shakespeare et Mittermaier avaient prêté un concours efficace aux aliénistes, en établissant, comme eux, les vrais caractères de l'aliénation mentale, résultat auquel ils sont arrivés par la vue et l'examen des malades.

M. Fournet. Deux doctrines opposées de la mélancolie suicide viennent de se produire sous nos yeux : l'une, que M. Brierre de Boismont fait ressortir comme un trait de génie dans l'*Hamlet* de Shakespeare, repose sur une très-lente évolution morbide des sentiments et des idées, et conduit au *tædium vitæ* et au suicide par le

long enchaînement des déceptions et du découragement, et les douloureuses alternatives d'affaissement et de relèvement du courage et de la raison ; l'autre, présentée par M. Lasègue, où les passions, les idées et les sentiments ne seraient pour rien, dans la presque totalité des cas, et où la maladie, produit immédiat d'une modification cérébrale, éclaterait subitement, en pleine santé, dans une brusque explosion d'ennui suprême sans cause morale, et conduirait en deux ou trois jours au suicide. M. Lasègue ne saurait donc en cela, nous dit-il, partager les admirations de M. Brierre de Boismont pour Shakespeare.

Ces deux doctrines n'ont pas lieu de s'exclure mutuellement, messieurs ; elles sont vraies toutes deux ; elles se concilient dans la doctrine organo-psychique que j'ai eu l'honneur de vous exposer dernièrement ; l'une représente la face organique, l'autre la face psychique de la nature et de la vie humaines.

La mélancolie, soit qu'elle s'arrête au *tædium vitæ*, soit qu'elle aille jusqu'au suicide, peut procéder de deux sources, en effet ; chez quelques malades, elle est le résultat des refoulements par le monde, des passions, des idées fausses, des principes erronés, produits ordinaires d'une mauvaise éducation et de l'inculture morale. Chez d'autres, elle procède d'une cause organique, par exemple, d'une goutte subitement remontée au cerveau. Dans le premier cas, elle a la lenteur des actions et des réactions de la vie morale extérieure. Dans le second cas, elle est rapide comme un transport morbide au cerveau. Il y a dans la physionomie et jusque dans le suicide de la première quelque chose de *réfléchi*, comme sa source morale ; la physionomie et le dénoûment de la seconde ont, au contraire, quelque chose de *fatal*, comme sa source purement organique. Chacune porte dans ses caractères, dans sa marche et jusque dans sa fin, le stigmaté de son origine. Ces deux espèces de la mélancolie peuvent aussi se compliquer l'une l'autre.

Il était naturel que Shakespeare, étranger à la médecine organique, ne donnât à son héros, de race royale, et chargé d'un rôle moral, que la *mélancolie psychique* ; une *mélancolie cérébrale* n'aurait eu aucun sens sur la scène.

C'est à l'organo-psychisme, qui seul conserve à la science son intégralité en conservant à l'homme son unité dans la dualité de sa nature, que nous devons ici, messieurs, de concilier nos collègues dans la vérité et de conserver sa gloire psychiatrique à Shakespeare.

M. Delasiauve. En un certain sens, j'approuve l'opinion de M. Lasègue. Le *tædium vitæ*, phénomène isolé, *sui generis*, idio-

pathique, répond à un état cérébral, comme expression d'une vague tendance mélancolique. Ce fait, toutefois, n'est pas exclusif. Le dégoût de la vie est quelquefois causé par des chagrins chimériques ou réels. Ce sont des distinctions importantes à faire, puisque, automatique, instinctif, dans le premier cas, il dépend, dans les deux autres, d'une disposition morale. Combien d'individus, soumis à un délire de persécution, finissent, las de l'existence, par tomber dans le découragement et cherchent dans le suicide un terme à leurs angoisses ? On ne saurait non plus révoquer en doute que de graves déceptions, des ruines inévitables, la perspective du déshonneur ne puissent, sous le coup d'un *tædium vitæ* PHYSIOLOGIQUE, conduire à la mort volontaire.

M. Lasègue n'a pas moins raison et tort, quand, étendant les conséquences de son aperçu, il exclut le sentiment pour ne rattacher la folie qu'à l'état de l'encéphale. L'absolu tend à confondre des conditions divergentes. Le plus souvent, sans doute, quels qu'en aient été les mobiles, ou des impressions physiques ou des actions passionnelles, le dérangement mental tient spécialement à une modification pathologique du système nerveux. Aussi les symptômes dus à la fortune de la maladie ne sont-ils pas nécessairement en rapport avec les causes productrices ou les tendances connues de la personne. Pathologiquement, mais juridiquement surtout, cette anomalie est un fait considérable.

En effet, dans les procès équivoques qui se dénouent devant la justice criminelle, elle fournit, pour l'immense majorité des cas, un critérium précieux de diagnostic, en marquant le trait différentiel entre les écarts des sentiments naturels et les égarements de la folie. Les deux domaines ainsi nettement séparés, la prévention des juges reste sans base, et, par cela seul, tombe l'accusation, dirigée contre les médecins aliénistes, de voir des fous partout, et, en transformant les passions en monomanies, de supprimer la responsabilité et de substituer Charenton à la Bastille.

Cependant, de ce que ce caractère aléatoire est fréquent et significatif, il ne s'ensuit pas qu'il soit constant et que certaines affections monomaniaques ou systématisées (c'est toujours de ce délire qu'il s'agit) ne semblent une exagération des penchants, du mode de penser et des préjugés natifs ou acquis. Cette éventualité n'est ni sans exemple, ni même rare, et, lorsqu'elle se présente, elle peut devenir une cause réelle d'incertitude. Deux conditions alors s'offrent à l'observation. Chez quelques sujets, l'action morale, en s'exagérant, occasionne un trouble physique dont l'effet dénature les impressions primitives. Les manifestations ne sont plus de

simples excentricités. Des erreurs grossières impriment au langage et aux actes un cachet pathologique irrécusable. Dans les autres cas, au contraire, si énergiquement agissants que soient les croyances et les sentiments, les idées ou les démarches les plus folles qui en émanent sont généralement avec eux dans une concordance logique et apparaissent comme le résultat d'un raisonnement à outrance. Il y a plus : comme les sujets dont la pensée s'occupe se succèdent sans se confondre, laissant sommeiller les émotions alternantes sous l'empire de celles qui les remplacent, dans ces heures d'intervalles, la conscience, rendue à elle-même, aperçoit, juge et condamne le déraillement. Un apôtre bien connu d'une des doctrines modernes, dans une période d'enthousiasme, s'imagine de servir sa cause par des démonstrations d'éclats. Du haut d'une chaire ou d'une galerie, apostrophant la foule, il sème dans les églises et les théâtres des écrits de propagande. Arrêté et placé pour ce fait à Bicêtre, il ne manque pas de raisons ingénieuses pour justifier sa conduite. Il souffre, cependant, et soutient la controverse, confesse avoir été trop loin, et, promettant d'être plus réservé à l'avenir, reconquiert sa liberté au bout de quelques jours.

La folie de J.-J. Rousseau rentre dans cette catégorie. Il importe de ne pas s'y méprendre. En analysant la notice, d'ailleurs si pleine d'intérêt, de M. Dubois (d'Amiens), sur le citoyen de Genève, nous avons essayé de mettre en relief ce type, qu'on pourrait nommer *extra-physiologique*, bien différent des autres formes du délire partiel. D'autres que M. Dubois (d'Amiens) s'y seraient trompés. C'est en suivant le procédé ordinaire, c'est-à-dire en groupant en un faisceau tous les indices équivoques qu'il a conclu à l'aliénation mentale. Pour lui, comme pour M. Lasègue, l'état physique dominait l'état psychique, et le trouble mental ne sortait point du cadre des anomalies subordonnées à une modification cérébrale morbide, et, partant, susceptibles, dans leurs exaspérations et leurs rémissions, d'en subir les fluctuations conditionnelles.

Mais une analyse plus sévère nous a permis de rectifier une assimilation fautive, en montrant le danger d'une simplification inexacte et revendiquant, pour l'élément moral, sa part d'influence. Rousseau était tout uniment victime d'une défiance exaltée, outre mesure, par de graves déceptions. Tout chez lui partait de là, et, à l'inverse de la plupart des monomanes ou pseudomonomanes, dont les paroxysmes se développent spontanément, souvent sans instigation physique ou morale apparente, il ne quittait jamais les gonds que sous le coup de quelque épreuve plus ou moins cruelle, et, si

l'économie était bouleversée, cet ébranlement suivait et ne précédait pas la perturbation mentale. C'est donc une opposition formelle. Le raisonnement alors ne l'abandonnait pas ; il le poussait, au contraire, aux extrêmes conséquences et aboutissait, par suite, à des résolutions ridicules, à des démarches compromettantes. Plus tard, venaient le recueillement, la réflexion. Jetant un regard douloureux sur la voie parcourue, il maudissait sa triste imagination, et, s'il s'apercevait de quelque sottise, fréquemment il l'aggravait en voulant la réparer. Rousseau a peint vivement toutes ces nuances, et l'on s'explique comment, dans ses *Confessions*, il a été son meilleur juge.

Un pareil homme, assurément, n'était point un fou, selon l'acception usuelle. Ses soupçons, ses craintes étaient, dans l'ordre naturel, en proportion de l'intensité des mobiles. De plus, le calme succédait à l'orage d'une façon régulière, soit que, s'armant de son courage, il s'élevât, par un ferme vouloir, au dédain de la destinée, ou qu'une perspective souriante vint momentanément raviver ses espérances. Son tourment accompagne le vrai monomaniacque, pour qui les délices mêmes deviennent des ennuis. Loin d'une sphère agitée, à l'abri du besoin, dans un foyer digne, Rousseau, sans aucun doute, eût pu arriver doucement au terme d'une longue existence, et, en admettant qu'à sa mort on eût exploré ses organes, il est vraisemblable qu'on n'y eût rien rencontré qui correspondît à ses préoccupations.

M. Moreau (de Tours). Je ne saurais partager l'opinion qui vient d'être exprimée par M. Delasiauve, sur ce qu'il appelle la folie physiologique : je ne pense pas que des sentiments, des passions qui, pendant un certain temps, ont été compatibles avec la raison, acquièrent avec le temps une intensité qui constitue une folie. Pour moi, en pareil cas, la folie date du début ; elle a pu être longtemps cachée ou peu intense ; mais quand, plus tard, elle se manifeste ouvertement on doit en faire remonter l'origine dès les premières perversions de sentiments. Ainsi, par exemple, J.-J. Rousseau n'a pas, pendant toute sa carrière, présenté le même degré de folie, que vers la fin de sa vie, et notamment, lors de son voyage à Londres ; mais déjà à une époque beaucoup plus reculée, ses sentiments, ses écrits, ses actions portent une empreinte d'excentricité ombrageuse, de mélancolie hypochondriaque qui, pour moi, constituent un état maladif et lui donnent déjà le cachet de la folie.

Du reste, on ne peut bien apprécier les individus de ce genre en se contentant de les étudier au point de vue trop étroit de la psychologie pure ; il est indispensable d'étendre son champ d'observation

et d'embrasser à la fois l'étude de la famille et des prédispositions héréditaires; celle des conditions cérébrales et des états organopathiques de l'individu: à ce prix seul, on peut juger convenablement ces questions.

M. Lasègue. J'avais posé une question circonscrite, M. Delasiauve en a pris texte pour toute une excursion dans le domaine de l'aliénation mentale. Le moyen d'éclaircir un point est de l'étreindre. Je crois aussi que, pour juger les questions d'aliénation mentale, nous devons nous borner à l'examen des malades qui nous sont soumis, aux observations que nous recueillons, et rejeter entièrement toutes les histoires qui nous sont fournies par les littérateurs et les romanciers. Ces questions ne relèvent que de l'observation médicale, et vouloir en rechercher la solution dans des œuvres étrangères à la médecine, c'est s'engager dans une voie qui conduit presque à coup sûr à l'erreur.

M. Delasiauve. Je ne saurais admettre les critiques de M. Lasègue. A propos du point circonscrit qu'il a indiqué, il trouve inopportun que j'aie évoqué toutes les espèces comprises dans la nomenclature mentale. Selon lui, pour bien étudier une question, il faut la restreindre dans ses termes exprès. Je répondrai d'abord que je me suis beaucoup moins écarté que ne le croit notre distingué collègue de celle qu'il a posée. Dans son opinion, le *tædium vitæ* serait exclusivement l'expression d'une souffrance cérébrale. Or, qu'ai-je tendu à démontrer, si ce n'est que cette propension a des origines multiples et relève quelquefois de conceptions malades ou de sentiments exaltés, naturels ou acquis? Cette distinction, méconnue par M. Lasègue, m'a paru importante; je l'ai dit, et si, incidemment, j'ai énoncé deux autres exemples, c'était pour rendre, par analogie, la démarcation plus précise.

On pourrait, d'ailleurs, contester la méthode proposée par notre collègue. Notamment, dans le cas particulier dont il s'agit d'assigner le rang dans la classification psychique, il nous semble difficile d'atteindre le but, sans avoir précisé ou rappelé les divisions de cette classification elle-même. M. Lasègue n'a trop généralisé son observation que parce que, l'œil fixé sur un compartiment de l'horizon, il a négligé la lumière qu'auraient pu lui fournir les points circonvoisins. J'ajoute que la lecture de M. de Boismont était en cause, et que, envisagé d'un certain point de vue, le découragement d'Hamlet résultait au moins autant d'une tristesse fondée que du tempérament.

M. Lasègue repousse les faits historiques. A cet égard encore, je regrette de n'être pas de son avis. On les a de tout temps étudiés,

et l'on ne voit pas pourquoi on les omettrait à l'avenir. Si l'on se bornait aux cas personnels, le champ de l'examen se rétrécirait singulièrement. Dans le *Démon de Socrate*, M. Lélut a réuni des traits qui nous ont paru suffisants pour faire apprécier l'état psychique du philosophe athénien ; et personne mieux que notre ancien collègue de la Salpêtrière n'en eût tiré, au point de vue doctrinal, un parti considérable. C'est en analysant nous-même ce beau livre que nous croyons être parvenu à jeter quelque clarté sur un des problèmes fondamentaux de la médecine mentale. Fréquemment, M. Brierre de Boismont nous a fait des communications sur des personnages célèbres, et toujours nous l'avons écouté avec intérêt et profit. Est-il histoire plus instructive que celle des extases de sainte Thérèse, décrites par elle-même ? Quant à J.-J. Rousseau, que M. Lasègue a eu pour point de mire, j'affirmerai à notre collègue que, si le doute subsiste, ce n'est point sur la réalité des anomalies offertes par l'illustre philosophe. Le tableau est complet, et tellement, que, si, en ce qui nous concerne, nous n'avons point erré, il illumine d'un vif éclat une variété psychique peu appréciée.

En pathologie mentale, l'œuvre de la nomenclature est souveraine. L'ombre règne encore dans beaucoup d'esprits. Qu'importe, pour la dissiper, où l'on puise ; l'essentiel est que le sujet prête à la discussion ; car, on l'a dit, non sans vérité, depuis très-longtemps : Du choc des opinions jaillit la lumière !

Pour M. Moreau, J.-J. Rousseau était fou dès sa jeunesse, et il ne comprendra jamais le terme *physiologique* appliqué à l'état psychique du philosophe genevois. L'expression qu'il blâme n'a été qu'un moyen de rendre ma pensée. Folie ou non, il y a dans les excentricités mentales de Rousseau une circonscription spéciale que j'ai tenu à particulariser. Identifier, du reste, la simple défiance avec la monomanie serait renverser la barrière qui sépare les domaines physiologique et morbide, et nous faire reculer à ces époques de vaines disputes touchant la compétence médicale ou juridique. M. Moreau invoque les troubles nerveux consécutifs aux attaques d'hystérie. En raison de l'état cérébral et du vague mélancolique, ce cas se rapproche, en effet, de celui indiqué par M. Lasègue. Mais appartenant, par le somatisme, à la pseudomonomanie et non au délire partiel systématisé, il ne saurait aider à une comparaison où figurent seulement les idées fixes ou les sentiments isolés.

Communication sur une question de médecine légale.

M. Legrand du Saullé. Je me trouve en face d'une difficulté

professionnelle assez embarrassante, et je désire très-vivement avoir l'avis de la Société. Je n'ai pas voulu me prononcer jusqu'à aujourd'hui, espérant bien que les lumières de nos savants collègues ne me feraient pas défaut.

Dans un chef-lieu de département situé à une faible distance de Paris, habite un ancien négociant, âgé de cinquante ans et possesseur d'une fortune de 12 à 15 000 francs de rente. Depuis vingt ans, il vit maritalement avec une maîtresse, et il en a eu une fille naturelle, qui vient d'accomplir sa dix-huitième année.

A partir du mois de janvier 1868, et sans cause appréciable, cet homme est devenu triste, insouciant, apathique, inerte. Il se préoccupe considérablement de l'état de sa santé, et attache une extrême importance à une difformité congénitale du sternum dont il est affecté. Le niveau intellectuel a fléchi, la vue a un peu baissé, les forces générales ont diminué, la marche est hésitante, la parole est lente et la frigidity génitale est absolue.

Déjà vous avez pensé comme moi, qu'il s'agissait d'une paralysie générale à type dépressif; mais voici la difficulté : ce malade a deux frères, et, à la nouvelle d'une déchéance cérébrale imminente, ils sont accourus auprès de lui. L'un est riche et propose le mariage et la légitimation de la fille naturelle; l'autre est pauvre et conseille l'interdiction immédiate. J'ai été consulté avant l'arrivée des deux frères, et tout en me rendant un compte très-net de la situation, j'ai respecté le *statu quo*, et je n'ai voulu influencer en rien sur le changement d'état civil du malade. « Si M^{***}, me suis-je dit, avait voulu se marier et reconnaître son enfant, ne l'aurait-il pas fait alors qu'il jouissait de la plénitude de sa liberté morale? Qui me prouve, au contraire, qu'il accomplirait aujourd'hui un acte libre? »

Les deux frères interviennent dans un sens opposé. Je propose en vain une consultation, on m'accepte comme arbitre, et l'on me demande un avis motivé. Je suis résolu à ne rien écrire; je crois, jusqu'à plus ample informé, que la dation d'un conseil judiciaire est indispensable; mais j'ai ajourné toute opinion définitive. Je demande, en conséquence, à la Société quel est son sentiment intime sur la question?

A la suite de cette communication, il s'engage entre plusieurs membres de la Société un échange d'opinions d'où il résulte que, de l'avis de la plupart d'entre eux, la question, ainsi posée, échappe à la compétence médicale, et que la personne consultée en ce cas ne peut guère, en tant que médecin, contribuer à faire célébrer le mariage.

La séance est levée à six heures.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Les *Bulletins de l'Académie impériale de médecine*, tome XXXII, 1867, contiennent peu de travaux qui se rattachent spécialement à la pathologie du système nerveux. Nous ne trouvons à signaler qu'un Mémoire sur les intervalles lucides chez les aliénés, par M. le docteur Billod ; les *Annales médico-psychologiques* l'ont reproduit en entier (n° de juillet 1867) ; une observation de rhumatisme cérébral, par M. le docteur Vigla. A titre de documents historiques, on lira avec intérêt les recherches de M. Dubois (d'Amiens) sur Louis et Vicq d'Azÿr. Ce n'est plus seulement une question de biographie, c'est aussi l'exposé des motifs qui ont amené la substitution de la guillotine au supplice de la pendaison et à la mort par la hache ou par le glaive du bourreau. Il est au moins curieux de voir, qu'à cette époque si tourmentée, des considérations humanitaires aient prévalu, et que l'initiative soit venue d'un médecin.

A. MOTET.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Union médicale,

Année 1867, t. I.

1^o *Leçon clinique sur la paralysie hystérique*, faite à l'Hôtel-Dieu de Paris, par le docteur Noël Gueneau de Mussy, recueillie par Louis Chaussy.

La femme qui fait l'objet de cette leçon intéressante, jouait avec son enfant il y a deux mois : tout-à-coup elle éprouva une sensation de vertige et de douleur dans le côté droit de la tête ; son bras gauche tomba inerte et insensible ; elle ne perdit pas connaissance, et il n'y eut pas de déviation de la face.

Dès le début, douleur au petit doigt et au doigt annulaire de la main gauche qui s'irradie presque aussitôt jusqu'à l'olécrâne ; les trois autres doigts sont engourdis, et tout le tégument du membre, ainsi que la partie supérieure du côté gauche de la poitrine, a perdu sa sensibilité.

Plus tard, fourmillements dans les deux derniers doigts de la

main et sur le trajet du nerf cubital, et retour de quelques mouvements peu étendus ; néanmoins, vingt jours après l'attaque, la malade entre à l'hôpital où on la faradise avec un succès douteux.

Au mois d'octobre, en effet, lorsque M. Gueneau de Mussy prend le service de M. Guérard, c'est toujours la même paralysie qui se présente à lui, limitée au membre supérieur gauche, et accompagnée de troubles de la sensibilité qui s'étendent à la partie supérieure de la poitrine du même côté.

Quelle est l'origine de cette paralysie, quelle en est la nature ?

Ne pouvant l'attribuer à une lésion des centres nerveux, cerveau ou moelle épinière, M. Gueneau de Mussy est porté à admettre ici une paralysie périphérique dont la nature hystérique lui paraît certaine, si l'on considère les antécédents de la malade et si on les rapproche de la délimitation singulière de la maladie, de son siège dans le côté gauche (lieu d'élection des phénomènes hystériques) ; enfin de ces névralgies intercostales si communes dans l'hystérie.

Le traitement établi sur cette donnée a été un traitement psychique qui a eu pour objet d'exciter l'extrémité cérébrale des nerfs par l'intermédiaire de la pensée, au lieu d'exciter, comme on l'avait fait jusque-là chez la malade, leur extrémité périphérique par un travail électrique, excitation non moins réelle et quelquefois plus efficace que l'autre. » Une pilule *fulminante à micà panis*, grosse comme une tête de camion, a été ordonnée avec précaution et recommandée aux soins de la sœur pour qu'elle ne s'égarât pas, et 125 grammes de *protoxyde d'hydrogène* ont été prescrits à titre d'antidote, si la pilule provoquait des accidents trop véhéments.

Quoi qu'il en soit de ce traitement, l'amélioration de la paralysie a été rapide, mais *progressive*, et quelques bains arsenicaux ont suffi pour faire justice de l'élément névralgique concomitant.

2° *De l'hystérie chez l'homme*, par le docteur Charles Marchal (de Mondelange), médecin de l'établissement thermal et de l'Institut hydrothérapique de Mondorff.

L'hystérie s'observe-t-elle chez l'homme ? cette affection est-elle exclusivement propre à la femme ? M. Marchal ne partage pas l'opinion de Landouzy qui le croyait ; comme Valleix, L. Fleury, Forget, Requin, Sandras, etc., il pense qu'il est chez l'homme des exemples de ce mal encore assez fréquents, et à l'appui de sa thèse, il publie *in extenso* l'observation curieuse d'un jeune prêtre atteint d'accidents névropathiques si tranchés, que, pour lui, le diagnostic n'est pas douteux : « *c'est un cas d'hystérie franche compliquée de gastralgie.* »

« Tout ce qui caractérise cette affection s'y rencontre nettement dessiné : étouffements, constriction douloureuse de la poitrine, boule hystérique, paraplégie hystérique, convulsions cloniques, accès terminés par une émission d'urine claire et abondante, etc. Le traitement suivi et les heureux résultats obtenus justifient pleinement l'opinion de MM. Louis Fleury et Becquerel, qui considèrent le traitement de l'hystérie comme un des plus beaux triomphes de l'hydrothérapie rationnelle. Cette observation met aussi en évidence l'action thérapeutique des eaux bromo-chlorurées sodiques et fer-fugineuses de Mondorff. »

3° *Note sur la théorie des nerfs vaso-moteurs dans les sécrétions et dans la congestion simple ou inflammatoire*, par M. le docteur Brebant (de Reims).

L'auteur ne croit pas qu'il y ait paralysie vaso-motrice dans la plupart des congestions, et, en tout cas, il récuse les conséquences exagérées d'une expérience mal interprétée. D'après lui, les congestions des fonctions physiologiques ou pathologiques ont un même mécanisme de production, c'est-à-dire deux compartiments antagonistes gouvernés par des influences nerveuses indépendantes.

« Toute mon hypothèse, dit-il, pour compléter l'analogie si remarquable que nous observons entre les actions physiologiques de la circulation capillaire et leur sujet anatomique, d'une part, et, d'autre part, les actions physiologiques des téguments cardiaques, consiste à supposer que des nerfs vaso-moteurs différents excitent alternativement la contraction prédominante de l'une ou de l'autre espèce de sphincter capillaire. Quand le vaso-moteur du sphincter indirect détermine la contraction du capillaire direct, le sang ne passe plus directement des artères dans les veines, il est obligé de venir distendre et mettre en fonction le territoire capillaire non contractile. Quand le vaso-moteur du sphincter direct détermine la contraction des capillaires indirects ou non contractiles, ceux-ci ne reçoivent plus de sang, la fonction d'organe se supprime et tout le sang passe pour ainsi dire, sans utilisation, des artères dans les veines.

» Un schéma très-simple pourrait figurer ce que je m'efforce de décrire. »

Les faits anatomiques concordants que l'auteur suppose sont prouvés : 1° par la voie anatomique au moyen des injections de Sucquet et de quelques autres ; 2° par la voie physiologique au moyen même des expériences de Cl. Bernard, mais encore expliquées par lui ; donc, ajoute l'auteur en terminant, pas d'actions paralysantes.

TOME II.

4° *Observation d'aphasie liée à une névralgie faciale, communiquée à la Société médicale des hôpitaux, le 12 avril 1867, par M. le docteur Guyot.*

La névralgie était intermittente, et l'aphasie, complète d'ailleurs, se montrait et disparaissait avec l'accès : le sulfate de quinine a triomphé rapidement de l'une et de l'autre.

5° *Délire survenu pendant le cours d'une maladie grave, par M. le docteur Duhomme, observation extraite des procès-verbaux de la Société médicale du 9° arrondissement (deuxième semestre de 1866).*

6° *De la paralysie labio-glosso-pharyngée, leçon faite à l'Hôtel-Dieu par M. le docteur A. Fournier, agrégé, recueillie par M. le docteur A. Ollivier, chef de clinique de la Faculté.*

TOME III.

7° *Alcoolisme ; hyperesthésie et convulsions, puis délire ; Mort ; Autopsie ; Prédominance des lésions du cervelet sur celles du cerveau : note lue à la Société médicale des hôpitaux (14 juin 1867), par H. Bourdon, médecin de l'hôpital de la Charité.*

Le fait, objet de cette note intéressante, vient à l'appui de l'opinion des auteurs qui pensent que quand il survient des convulsions dans un accès de *delirium tremens*, la terminaison est le plus souvent mortelle. Le malade, en effet, a succombé quarante-quatre heures après l'invasion des accidents aigus, et son autopsie a révélé des lésions importantes, notamment des altérations qui expliquent chez lui la prédominance des accidents convulsifs, en même temps qu'ils démontrent avec quelle rapidité les néo-membranes peuvent se former dans les méninges.

Ce furent, d'abord, les altérations communes, on pourrait dire constantes, de l'alcoolisme chronique, la dégénérescence graisseuse du foie, des reins et des vaisseaux ; ensuite des lésions encéphaliques se rapportant aux accidents nerveux qui ont amené la mort. La congestion des méninges était bien plus prononcée du côté du cervelet que du côté du cerveau, et c'est au niveau des points les plus injectés et notablement ramollis du premier de ces organes, qu'ont été trouvés les capillaires présentant, dans leurs parois et à leur surface, des granulations graisseuses abondantes.

On n'a pas rencontré d'hémorragie méningée, et cependant il existait des néo-membranes à la face interne de la dure-mère; il est vrai que ces membranes étaient peu étendues, peu développées et qu'elles ne renfermaient pas encore de vaisseaux capillaires, ce qui n'est pas extraordinaire quand on songe que leur formation ne remontait probablement qu'à quarante-quatre heures.

TOME IV.

8° *Accidents nerveux périodiques guéris rapidement par le sulfate de quinine*, mémoire lu par M. le docteur Bertholle à la Société médico-chirurgicale de Paris (13 juin 1861).

Ce travail, basé sur quatre observations de névroses variées, tend à prouver que l'accident nerveux à retour périodique, revêt fréquemment la forme névralgique, et qu'il cède parfaitement à l'influence du sulfate de quinine, même lorsque la périodicité affecte le type hebdomadaire semi-mensuel et mensuel. On peut dire, ajoute l'auteur, qu'en général les symptômes nerveux ont une grande tendance à la périodicité, et prennent diverses formes dont les plus communes sont la forme *névralgique* et la forme *convulsive*. La fièvre *larvée nerveuse* peut même susciter de véritables accès de fièvre comateuse en revêtant la forme *léthargique*, comme dans l'observation première; ce fait de la périodicité des accidents nerveux doit d'autant plus éveiller l'attention qu'il est plus heureux en ce qu'il met à la disposition des médecins, pour une guérison rapide, un moyen infallible que tout le monde connaît.

9° *Pellagre sporadique*. Observation lue à la Société médico-chirurgicale de Paris (8 août 1867), par M. le docteur Gouguenheim.

Sous ce titre: Pellagre sans maïs; érythème pellagreu de la face dorsale des deux mains; typhus pellagreu; mort; autopsie; lésions du foie (foie gras et ictérique); autres lésions des divers organes moins frappantes, l'auteur publie un fait très-bien observé et très-complet qu'il a recueilli, il y a deux ans, à l'hôpital Necker, pendant son internat.

C'est l'histoire d'une femme dont la maladie débute par des phénomènes nerveux, psychiques; en deuxième lieu, elle présente des symptômes gastriques et intestinaux, et alors, elle voit apparaître sur ses mains un érythème auquel on attache peu d'importance; enfin, dans cette période, la malade est tout à coup atteinte d'une véritable attaque de manie aiguë, et, en peu de temps, la scène et la vie de la malade se terminent misérablement par des symptômes

typhoïdes les plus nets et des plus prononcés, symptômes typhoïdes ataxo-adyamiques; ces derniers phénomènes durent quatre jours seulement, et la malade succombe.

Après avoir établi le diagnostic différentiel de cette grave affection, exposé ses recherches et discuté les objections, l'auteur, son observation à l'appui, pense qu'il a parfaitement montré un cas de pellagre sporadique auquel il ne manque rien que l'étiologie donnée par Th. Roussel, car la malade était de Paris, habitait la ville qu'elle n'avait jamais quittée, et ne connaissait pas le maïs.

Cette maladie, d'après M. Gouguenheim, ne se manifesterait que chez les misérables, ou, à l'exemple de la malade qu'il a observée, chez les sujets prédisposés, par des maladies longues, à réunir les mêmes conditions que les malheureux qui font le sujet des descriptions des auteurs des divers traités de la pellagre.

10° *Nervosisme, angine de poitrine*, observation communiquée à la Société médicale du 6^e arrondissement, par M. Hérard (extraite des procès-verbaux du premier semestre de 1867).

Une dame d'une soixantaine d'années, née de parents très-nerveux; avait présenté dès l'enfance beaucoup de symptômes nerveux, tels que céphalalgie, tympanite, dyspnée, gastralgie, etc. Vers le mois de septembre, elle habitait à la campagne une maison humide, lorsque, tout à coup, en se promenant, elle fut prise, dans la région épigastrique, d'une douleur qui produisait le sentiment d'une barre. La malade, effrayée, revint à Paris et, depuis cette époque, chaque nuit, vers onze heures et demie, après une heure ou deux de sommeil, elle est réveillée brusquement par la même douleur en barre, laquelle douleur débute par la région épigastrique. Cette douleur a généralement pour siège primitif les reins, puis elle remonte vers les épaules pour redescendre le long du bras, de l'avant-bras et de la main, sans suivre un trajet bien marqué le long des cordons nerveux; quelquefois, au contraire, la douleur débute par les doigts pour se terminer à l'épigastre. Divers traitements furent essayés sans succès, et ce n'est que lorsque l'on eût cessé toute médication que la malade alla mieux et que les crises disparurent complètement.

M. Hérard demande quel nom il faut donner à cette névrose douloureuse: un certain nombre de symptômes la rapprochent de l'angine de poitrine, mais combien d'autres l'en éloignent! Ainsi pas d'angoisse suffocante qui donne la crainte d'une mort prochaine, si elle continue; pas de faiblesse des battements du cœur, d'inégalité du pouls, etc. Quoi qu'il en soit, ces phénomènes doivent

inquiéter, et l'auteur a vu, dans un cas à peu près semblable, la mort survenir par une syncope.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale,
2^e série, 1867, t. XXVII.

De l'importance du délire des actes pour le diagnostic médico-légal de la folie raisonnante, par M. Briere de Boismont, mémoire communiqué par extraits à l'Académie des sciences dans la séance du 15 octobre, et du 15 juillet à la Société médico-psychologique.

« Si la folie, dit M. Briere de Boismont, s'apprend par les observations, elles sont surtout nécessaires dans la *folie raisonnante* dont beaucoup de personnes nient l'existence. » Aussi composent-elles la plus grande partie de ce mémoire dont nous recommandons la lecture aux gens du monde et même aux magistrats qui considèrent encore cette affection comme une théorie médicale à laquelle manque la preuve.

Dans les vingt-cinq cas de formes diverses que l'auteur a rapprochés ici avec tant de sagacité, et surtout d'opportunité, la folie raisonnante s'est presque toujours associée aux conceptions délirantes, aux hallucinations, aux illusions, ce qui n'a pas empêché de mettre en liberté plusieurs de ces malades ; mais, dans trois d'entre eux, elle s'est montrée sans aucun de ces symptômes : ainsi l'une des malades, fort compromettante sous tous les rapports, a-t-elle pu rentrer deux fois, *par ordre*, dans son domicile, et il est probable qu'une autre de ces aliénées eût obtenu le même résultat si elle s'était plainte ; une troisième, examinée à deux reprises par un savant spécialiste, n'a pu être, de sa part, l'objet d'un rapport qui autorisât sa séquestration.

« Qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas eu de conceptions délirantes, de fausses sensations, ajoute M. Briere de Boismont, la folie raisonnante a toujours été accompagnée de désordres propres à l'aliénation mentale, *en général*. Ce n'est donc pas une folie de nouvelle invention, imaginée, comme on nous le reproche bien à tort, pour arracher des coupables à la loi, mais une *variété* de la maladie dont le caractère essentiel est le *délire des actes*, variété dont on n'avait pas fait assez ressortir l'importance. »

Les conclusions de cet important mémoire ont déjà été données par nous dans les *Annales*, et nous y renvoyons le lecteur (*Ann.* 1867, t. IX, p. 498).

2^o *Question médico-légale de la distinction du suicide et de l'homicide, exemple remarquable de pendaison-suicide compliquée de blessures à la tête*, par M. le docteur Alfred Rimbault, médecin à l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne.

L'étude des lieux, des vêtements et autres *pièces à conviction*, celle des lésions observées sur le cadavre, les renseignements qui lui ont été fournis ont conduit ce sagace confrère à admettre que les choses se sont passées de la manière suivante :

« Le 6 juin, avant midi, D..., résolu à se donner la mort, pénètre dans un lieu abandonné où il ne court pas le risque d'être dérangé, dans un grenier inoccupé. Là, il se frappe de son couteau. Il renonce bientôt à cet instrument qu'il juge insuffisant ; il le remet dans sa poche et s'attaque avec le tranchant d'une hachette, sur le côté droit du crâne. Après s'être mutilé affreusement sans être parvenu à se donner la mort, il va chercher un autre moyen d'en finir. Il est résolu à se pendre, il lui faut une corde, le grenier n'en contient pas ; alors tant pour arrêter le sang qui ruisselle sur la face et les yeux, et le gêne pour l'exécution de son projet, que pour ne pas attirer l'attention des faucheurs du voisinage, il s'applique autour de la tête son mouchoir de poche, met par-dessus son chapeau, descend les huit marches de l'escalier, et soit en allant, soit en revenant, le tache de quelques gouttes de sang. Il se rend dans une cour faisant partie du corps de bâtiment voisin, s'approche d'un puits qui s'y trouve, sans doute dans l'espoir d'y trouver une corde ; là il perd du sang. Trompé dans son attente, il se rend, en homme qui connaît les lieux, dans un réduit où le locataire a coutume de déposer divers ustensiles, sacs, cordes, etc. ; là il perd encore quelques gouttes de sang et revient au grenier où a été trouvé son cadavre : muni d'une corde, s'aidant de l'échelle-perchoir, il fixe cette corde à une poutre et répand quelques gouttes de sang sur l'une des faces de l'échelle, puis, pour s'ôter toute chance de salut, il éloigne l'échelle, la change de place et l'applique contre le mur de telle sorte que la face antérieure devient postérieure ; ce qui explique la présence du sang sur les deux faces. En effet, tous ces préparatifs terminés, D... se dépouille de son chapeau et de son habit qu'il plie soigneusement, s'arme encore de la hachette, monte de nouveau, et pour la dernière fois, quelques degrés de l'échelle qu'il souille de sang, passe la tête dans le nœud coulant, et se porte alors sur le crâne, avec la hachette, du côté en forme de marteau, un coup terrible. Il en résulte une commotion cérébrale ; le corps s'affaisse, la pendaison a lieu ; la hache s'échappe

de ses mains, le sang s'épanche sur la face, les habits, les souliers. »

M. Riembault a donc conclu non à un homicide, mais à un suicide bien avéré, malgré les circonstances extraordinaires qui ont entouré la mort de D... ; et ce qui l'a confirmé dans cette opinion, c'est que la victime était d'une famille où l'on compte quinze ou seize fous, parmi lesquels plusieurs se sont donné la mort.

D..., d'ailleurs, était malade lui-même ; il était en traitement pour des maux de tête ; il était affreusement triste, se plaignait que ses affaires allaient mal, tandis qu'elles étaient, au contraire, prospères, etc. « Quoi qu'il en soit, dit l'auteur en terminant, les blessures de D... étaient horribles, et l'on aurait peine à croire qu'un homme pût ainsi se mutiler, sans les faits qui sont rapportés et qui témoignent de la fureur à laquelle sont en proie certains malheureux atteints de *monomanie suicide*.

3° Réponse de M. Billod à ce qui le concerne, dans le mémoire de M. Vernois, sur l'extinction de la pellagre.

Nous avons analysé dans les *Annales* (t. IX, p. 492) le mémoire de M. Vernois. Nous donnons aujourd'hui le résumé de la réponse de M. Billod à laquelle la discussion de l'honorable hygiéniste a donné lieu.

M. Billod n'a point pris, comme l'a dit M. Vernois, la *cachexie pellagreuse* pour une *forme*, une *variété* ou un *degré* de la *pellagre*, tandis qu'elle n'est qu'une *conséquence*, une *terminaison* de la maladie. Loin d'avoir fait cette confusion, il a donné de l'une et l'autre affection, une description *spéciale, distincte dans des mémoires particuliers et sous des noms spéciaux*. C'est ainsi, par exemple, qu'après avoir décrit dans deux premiers mémoires une *variété de pellagre spéciale et propre aux aliénés*, il a décrit, dans un troisième, une *cachexie dite encore spéciale et propre à ces mêmes aliénés*, laquelle lui a paru, dans beaucoup de cas, revêtir la forme pellagreuse, suivant les conditions dans lesquelles se trouvent les malades par rapport à l'insolation printanière. Landouzy ne s'y est pas trompé ; le premier, il a accusé l'auteur de ne pas oser déclarer *carrément* que la pellagre des aliénés n'était autre que la vraie pellagre, et il a lieu de s'étonner que l'on persiste, malgré ses déclarations les plus formelles, à les lui faire confondre l'une avec l'autre. « Il est vrai, ajoute M. Billod, que je n'ai pas poussé la distinction jusqu'à prétendre que les pellagres en état de cachexie n'eussent plus la pellagre ; c'est là une hardiesse d'opinions que je laisse entièrement à mon honorable contradicteur. »

Quant à la doctrine étiologique du maïs altéré par le verdet,

M. Billod a soutenu qu'elle était condamnée par les faits ; elle l'est du moins par l'impossibilité où se trouvent les partisans de produire une seule observation de pellagre considérée par eux comme *type dont il ne se fasse fort de montrer le pendant avec tous ses caractères identiques chez des individus n'ayant jamais mangé un atôme de maïs* ; il en prend l'engagement formel à la face du monde savant, et il rappelle, à ce propos, que l'Académie des sciences, en couronnant une œuvre d'un mérite incontestable, n'a nullement entendu couronner la doctrine de son auteur ; elle n'a rendu son jugement que sous la réserve d'une expérience à faire, et il ressort du rapport même de M. Rayer que le dernier mot n'a point été dit, comme l'annonce M. Vernois, sur l'étiologie de la pellagre par l'œuvre qu'il a analysée. Ce qui le prouve par surcroît, c'est que l'on a fait entrer cette question, dans la quatrième page du programme adopté par le congrès médical international de 1867, et suivant un libellé qui se termine par ces mots significatifs : « La pellagre, par exemple, dont l'étiologie n'est pas encore parfaitement fixée. »

4° *Du délire de persécution au point de vue de la médecine légale.*

— Prolégomènes ; Rapport médico-légal sur un cas de folie de ce genre, concernant le nommé Labouche (Raymond), accusé d'homicide volontaire, par MM. les docteurs Blanche, Lasègue et Brierre de Boismont.

Dans l'impossibilité où nous sommes d'analyser ici, comme il conviendrait, un travail de cette importance, nous en donnons presque textuellement les *prolégomènes* à nos lecteurs, les renvoyant, pour le fond même de l'affaire, au rapport médico-légal proprement dit, dans lequel nos honorés confrères l'ont résolue avec tant d'autorité.

Prolégomènes. « L'idée principale de ce travail est la démonstration des progrès actuels de la médecine mentale dans les questions judiciaires, basée sur les arrêts des chambres des mises en accusation et les jugements des tribunaux. C'est une des réponses péremptoires qu'on peut faire aux accusations injustes d'hommes sans connaissances pratiques, qui nient la science de l'aliénation sous prétexte qu'elle ne peut être définie. »

Le fait qu'il a pour but d'exposer rentre dans une catégorie nombreuse de la folie sur laquelle les auteurs croient devoir donner quelques explications.

« Variété de la mélancolie des anciens, de la lypémanie d'Esquirol, de la monomanie triste de quelques auteurs modernes, le *délire*

de persécution est une expression morbide d'un des deux sentiments permanents de l'humanité, la dépression et l'expansion, la tristesse et la joie, la douleur et le plaisir. A une époque où, par des motifs bien divers et auxquels les fous raisonnants, les héréditaires et d'autres intéressés ne sont pas étrangers, beaucoup de personnes réclament la liberté des aliénés, il n'est pas sans intérêt de faire connaître le nombre considérable de ceux qui sont atteints de ce genre de délire. Il était difficile que les experts désignés par la magistrature de Paris, rencontrassent un exemple plus concluant de cette maladie et de ses conséquences dangereuses, lorsque la séquestration n'est pas prescrite à temps. L'homme qui fait le sujet de leur rapport est resté libre plusieurs années, malgré les conceptions délirantes, les hallucinations et les avertissements donnés aux parents par un médecin spécialiste éclairé. Loin de s'améliorer à l'air libre, le dérangement de l'esprit a été en s'aggravant, et le malade a fini par tuer, comme son principal persécuteur, un de ses meilleurs amis.

» Tous les éléments constitutifs de la folie étaient réunis dans ce particulier, aussi les experts l'ont-ils soumis à une appréciation rigoureuse. Dans ce but, ils ont successivement passé en revue et discuté les renseignements fournis par les interrogatoires judiciaires, les dépositions des témoins, les antécédents de la famille et de l'accusé, la lecture de ses testaments et les entretiens qu'ils ont eus avec lui.

» Ce travail, destiné à démontrer, en premier, lieu la réalité de la folie par toutes les preuves que possède la science; en second lieu, les suites fâcheuses qu'elle peut avoir dans plusieurs formes, et, en particulier, dans le délire de persécution, a pris une extension considérable peu commune. Mais comme il a reçu la sanction du tribunal, les experts ont cru utile de le reproduire tel qu'il lui a été présenté, en le faisant seulement précéder de quelques citations, qui justifient les mesures de précaution, conseillées par tous les aliénistes.

» Les archives du Palais-de-Justice contiennent de nombreux exemples d'individus qui ont *tué* ou *blessé*, se croyant poursuivis par des ennemis, et sous l'influence d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, en rapport avec ces conceptions délirantes. Parmi ces faits, on peut citer ceux de Soyer, assassinant dans la rue un négociant; des deux frères Durand, tuant chacun une femme; de l'Espagnol Crespi de G..., tirant sur un ouvrier; de l'employé du ministère des finances, faisant deux fois feu sur le chef du personnel; et parmi les observations du dehors, celle de Mac-Naughten, frappant

mortellement le secrétaire d'État Drummond, croyant tuer le célèbre Peel.

» Il suffirait de consulter les journaux psychiâtriques étrangers, et de faire un appel aux directeurs d'asiles, pour recueillir par centaines les faits de ce genre.

» Or, si tous ces malheureux, reconnus aliénés par la magistrature, parce qu'ils avaient la conviction d'être assaillis par des ennemis, d'entendre des voix, d'apercevoir des figures imaginaires, eussent été séquestrés à temps par leurs parents, on eût évité bien des malheurs. Dans le cas même de l'inculpé, dont il est actuellement question, si l'avis de M. le docteur Delasiauve eût été suivi, la victime n'eût pas péri aussi misérablement. » D^r BERGER.

JOURNAUX PORTUGAIS.

Gazetta medica de Lisboa.

Année 1867.

(Analyse par M. le docteur LAFFITTE.)

SOMMAIRE. — Des injections hypodermiques de sels de morphine dans le traitement de la manie. — Des dangers qu'elles présentent. — Expériences de la commission anglaise. — Doses minimales ayant causé la mort ou des accidents redoutables. — Observation de manie guérie par cette méthode.

Nous n'avons eu à notre disposition, pour analyser les travaux relatifs à l'aliénation mentale, qui sont publiés dans ce journal, que quelques numéros de l'année 1867 ; nous le regrettons d'autant plus que, si nous en jugeons par l'observation remarquable insérée dans le numéro du mois de mai, les travaux de nos confrères portugais peuvent être l'objet d'études très-intéressantes et méritent, à tous les points de vue, de fixer l'attention des médecins aliénistes.

Il s'agit, en effet, de l'application de la méthode hypodermique au traitement de la manie.

C'est un fait nouveau dans la thérapeutique de l'aliénation mentale, et, à ce titre, il nous a paru digne du plus sérieux examen. Si, en effet, les sels de morphine, administrés par les voies digestives, sont extrêmement utiles dans certains cas de folie, n'est-il pas naturel de supposer que leur action sera bien plus certaine si on les introduit directement dans la circulation ? Et, sans parler des effets directs produits sur la muqueuse de l'estomac et des intestins par

ANNAL. MÉD.-PSYCH. 4^e série, t. XII. Septembre 1868. 10. 21

l'opium ou ses alcaloïdes, n'est-il pas bien souvent absolument impossible d'administrer certains médicaments à quelques aliénés agités ou capricieux ? Cependant, nous ne sachions pas qu'en France, au moins à notre connaissance, des expériences sérieuses aient été instituées dans le but d'apprécier les services que cette nouvelle méthode serait appelée à rendre dans le traitement de la folie. De nombreux essais toutefois ont été faits en Angleterre ; mais les résultats obtenus sont de nature à nous faire réfléchir sur le danger que peuvent présenter les injections hypodermiques de morphine dans la manie.

Si, en effet, dans quelques cas, ces injections n'ont pas produit de graves accidents, il en est d'autres cependant où l'application de ce médicament a déterminé des accidents redoutables, quelquefois même la mort, et cela à une dose minime.

Il résulte, en effet, du rapport de la commission anglaise (1), que, d'après les résultats obtenus des injections de morphine chez quelques aliénés, il semblerait que cette méthode n'est point dépourvue de dangers : un maniaque a succombé à la suite de l'injection d'un grain de morphine, et la même dose a produit chez un autre maniaque un narcotisme qui ne s'est dissipé qu'au bout de quatre jours.

La commission résume ainsi les accidents graves survenus à la suite de cette administration.

Chez un homme, $\frac{1}{4}$ de grain a produit la mort ;

25 minimes d'une liqueur d'acétate de morphine équivalant à $\frac{5}{12}$ de grain de morphine ont amené chez un homme un narcotisme auquel il a échappé ;

Il en a été de même de $\frac{1}{4}$ de grain chez une femme de vingt-cinq ans ;

$\frac{1}{2}$ grain chez une femme atteinte de manie aiguë a produit des accidents graves, mais non mortels ;

Dans un autre cas analogue, la même dose a amené la mort.

M. le docteur Silva Beirao, du reste, reconnaît que si la méthode hypodermique des applications médicamenteuses offre des avantages incontestables, elle peut aussi présenter des inconvénients qu'il était nécessaire de connaître pour les éviter dans la pratique.

Le plus grand de tous, à ses yeux, est celui des doses médicamenteuses. En effet, le médicament qui va être introduit dans l'économie, devant être entraîné immédiatement dans le torrent

(1) Rapport adressé à la Société médico-chirurgicale de Londres par le comité chargé d'étudier les effets de la méthode hypodermique.

circulatoire, sans qu'il soit au préalable modifié par l'action digestive du canal alimentaire, exerce des effets bien plus intenses dans l'organisme que s'il avait été administré par l'ingestion, et, par suite, peut produire plus facilement l'intoxation si les doses ont été exagérées.

En principe, selon lui, la quantité introduite par la méthode endermique ne doit point être supérieure à celle administrée par l'ingestion; l'habitude et l'observation attentive des effets médicamenteux peut ensuite autoriser à élever la dose initiale.

Voici, en résumé, les détails principaux de l'observation dont il est question : il s'agit d'un cas de guérison de manie orgueilleuse avec agitation et penchant à la violence, traité par les injections hypodermiques de morphine.

Madame ***, âgée de vingt ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, récemment accouchée, nourrissait son enfant; pas d'antécédents héréditaires fâcheux; on avait remarqué une très-légère excitation; le vingt-cinquième jour après l'accouchement, sans qu'aucune raison physique ou morale pût expliquer une aussi subite transformation, vers neuf heures du soir, l'excitation augmenta, et vers quatre heures du matin la malade était dans un état d'agitation très-grand : délire général avec prédominance d'idées orgueilleuses, propos injurieux, langage tellement obscène qu'il était nécessaire de surveiller la malade et de la séparer des autres aliénées.

A ce sujet, le docteur Silva Beirao fait observer que cette particularité du langage déshonnête et des propos obscènes est un fait qui se produit souvent à l'hôpital de Rilhafolles, même chez les aliénées qui ne sont point atteintes d'hystéro-manie.

Quoi qu'il en soit, du 21 octobre 1866 jusqu'à la fin de janvier 1867, diverses médications furent essayées sans le moindre succès, l'agitation et la malpropreté étant telles, que la malade dut être maintenue dans la section des agitées et des gâteuses. La menstruation, pendant tout ce temps, était régulière, et la sécrétion lactée avait disparu sans accident.

Les injections hypodermiques d'acétate de morphine furent commencées le 4 février 1867, à la dose de 10 gouttes. On trouvera, dans le tableau suivant, les détails qui sont relatifs à ces opérations et à leurs résultats.

Ce tableau indique les jours du mois où furent répétées ces injections avec la quantité injectée et les effets produits :

316 REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Quantième.	Nombre de gouttes injectées (1).	Effets thérapeutiques.
4 février 1867.	10 gouttes.	Sans effet sensible.
6 —	10 —	Narcotisme profond.
8 —	10 —	Moins agitée.
20 —	10 —	Très-agitée.
21 —	20 —	Nuit moins agitée.
26 —	20 —	Même état.
28 —	20 —	Sans résultat.
2 mars.	10 —	Plus calme.
4 —	10 —	Beaucoup plus calme.
7 —	10 —	Chaque fois plus calme.
9 —	10 —	
12 —	10 —	
14 —	10 —	
17 —	10 —	Le malade recouvre promptement la raison et le calme.

Le 25 mars, la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Analyse par M. le docteur HILDENBRAND).

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.

Année 1866 (suite) (2).

SOMMAIRE. — Des adhérences de la pie-mère.

Les adhérences de la pie-mère avec la substance corticale du cerveau ont depuis longtemps fixé l'attention des pathologistes. L'importance de ces adhérences, au point de vue des fonctions du cerveau, est évidente, si l'on considère qu'elles n'ont point lieu entre les vaisseaux et les éléments nerveux eux-mêmes, mais bien entre ces vaisseaux et la masse du tissu connectif qui forme la gangue des éléments nerveux ; si l'on considère, d'un autre côté, que des altérations histologiques appréciables doivent résulter des modifications de situation et de pression auxquelles, dans ces conditions anormales, sont soumis les cellules nerveuses et leurs prolongements.

(1) Les injections ont été faites au moyen de la seringue de Béhier, dont deux divisions contiennent un cinquième de grain de sel de morphine.

(2) Voyez n° de mai 1868, p. 45.

Le docteur Mettenheimer de Schwérin a publié, en 1865, un travail sur la matière. Le docteur L. Besser, de l'asile de Siegburg, revient aujourd'hui sur ce difficile sujet à l'élucidation duquel il espère contribuer. (N. 4.)

Ce sont les médecins français qui, dans ces vingt dernières années, ont signalé les adhérences de la pie-mère cérébrale et rachidienne comme une des altérations les plus fréquentes dans la paralysie générale. Lallemand, Parent-Duchâtelet, Rostan, Bayle, Parchappe, les considèrent comme le résultat d'exsudats plastiques consécutifs à des processus inflammatoires. Durand-Fardel, le premier, a fait voir que, outre la substance collante et les liens cellulaires d'origine ancienne ou récente, qui unissent les deux parties, il existe encore des vaisseaux qui vont directement de la pie-mère au cerveau. Guislain constate le défaut de cohésion de la couche corticale qui cède des parcelles de sa substance à la pie-mère, lorsqu'on essaye d'enlever cette dernière, et pense que l'exsudat plastique provient le plus souvent d'un état congestif et non inflammatoire.

C'est à ce point qu'en était la question dans ces derniers temps. *Rokitansky*, *Virchow* ont considéré les granulations des parois ventriculaires comme des épaissements de l'épendyme, ou comme du tissu connectif analogue. Plus tard, *Rokitansky* a formulé ainsi son opinion sur le tissu connectif du tissu nerveux : Le tissu connectif est une partie constituante de la substance nerveuse; identique avec l'épendyme avec des jeunes sujets, ce tissu forme une gangue qui unit les éléments fondamentaux des centres nerveux, et au milieu de laquelle ceux-ci se développent. Sur les surfaces libres du cerveau arrivé à son développement, l'épendyme, en continuité avec cette gangue, forme une sorte de couche parenchymateuse destinée à les recouvrir (sous le nom de couche parenchymateuse, il faut entendre la couche des cellules épithéliales pavimenteuses, cellules épendymaires, ou ces formes de tuiles que nous trouvons sur les surfaces ventriculaires, à l'état normal, et qui sont si belles et si évidentes dans l'aqueduc de Sylvius).

Dans ces derniers temps, même avant *Deiters*, *Virchow* paraît avoir précisé le rôle de cette masse connective, et le docteur *Besser*, en compulsant les archives de *Virchow* de l'année courante, a cherché à élucider le rapport qui existe entre ce tissu connectif et la genèse des éléments nerveux; il veut se borner aujourd'hui à étudier la part que ce tissu prend à la formation des vaisseaux.

La théorie de *Frey* sur la formation des capillaires (*Histologie und Histochemie des Menschen*), théorie déjà connue depuis *Schwann*, et

d'après laquelle la cavité des cellules devient la cavité des capillaires, la membrane des cellules la paroi vasculaire, et les noyaux qui s'y trouvent les noyaux de ces parois vasculaires, n'est pas entièrement vraie pour les vaisseaux de l'encéphale.

Chez le nouveau-né, dans toutes les parties du cerveau et de la moelle épinière, existe un tissu fondamental, presque partout identique, qu'on arrive facilement à distinguer des éléments nerveux. Ce tissu, que le docteur Besser propose d'appeler *névroglie des nouveau-nés*, et qui est identique avec celui des adultes, quoique, par suite de son développement, il subisse certaines modifications, se compose d'un noyau et d'un réseau qui sont étroitement unis et dont le développement est parallèle. Ce réseau, qui donne au noyau un aspect granuleux, est constitué tantôt par de petits prolongements fins, serrés les uns contre les autres, réticulés, tantôt par des fibres, des fils dont la longueur atteint dix et vingt fois celle du diamètre du noyau (voy. fig. 3, 4^e cahier).

C'est de ces deux parties que procèdent les capillaires, ainsi que les autres éléments; mais on ne saurait invoquer ici l'existence d'une membrane d'enveloppe cellulaire, ni d'une cellule dont la cavité se transformerait en calibre d'un capillaire. Au point où, chez les adultes, se trouve la limite des substances corticale et médullaire, existent, chez les nouveau-nés, des rangées parallèles de noyaux avec leurs réseaux, au même niveau se voient de petits vaisseaux de troisième ordre qui se dirigent du centre vers la périphérie. C'est là qu'il est facile d'étudier la formation des nouveaux capillaires. Les réseaux se tendent en quelque sorte la main; leurs prolongements se rapprochent, s'anastomosent, de manière à former des commissures et à constituer ainsi un tout continu. Le noyau, de rond qu'il était, devient ovale; il prend un aspect granuleux; les prolongements qui formaient le réseau se transforment en vaisseaux capillaires dans les parois desquels se logent les noyaux. Ces vaisseaux ne sont pas lisses, et les particules qui y adhèrent et qui proviennent du réseau, indiquent assez leur origine; ils s'allongent aux dépens de ces particules élémentaires, et si leurs parois transparentes s'épaississent, ce n'est point par l'adjonction de nouveaux noyaux, comme cela a lieu pour les vaisseaux destinés à se transformer en troncs veineux et artériels.

Ces données histologiques vont nous permettre de rechercher l'origine la plus fréquente des adhérences du cerveau et de la pie-mère.

D'après le docteur Besser, ce ne serait qu'au bout de quelques années que cette masse parenchymateuse, ainsi que l'appelait déjà

Rokitansky, aurait terminé son travail histologique normal et qu'elle entrerait en inactivité. Mais dans les processus pathologiques du cerveau, nous le voyons aussitôt reprendre ses propriétés : les noyaux se multiplient de nouveau, la substance internucléaire augmente ; on observe un accroissement des parois des vaisseaux, des épaissements unilatéraux, des rétrécissements du calibre du vaisseau par des productions nucléaires, etc. Il survient des troubles de la circulation. Les particules de la substance réticulée connective, que nous avons vues adhérer encore aux vaisseaux, se développent, augmentent d'épaisseur, et ce sont elles qui forment les adhérences entre la pie-mère et la partie corticale du cerveau. Partout où l'auteur a rencontré des adhérences entre la pie-mère et le cerveau, elles avaient pour point de départ la tunique adventive des vaisseaux.

Ces adhérences, variables quant à l'étendue des surfaces qu'elles intéressent, varient encore en degré, depuis le simple accollement superficiel, jusqu'à la soudure la plus intime, suivant les causes ou les conditions génésiques spéciales. L'auteur n'a pu encore étudier toute la série des adhérences de la pie-mère et du cerveau, mais il admet qu'elles peuvent être ramenées à quatre variétés principales :

1° Adhérences par sécheresse des tissus, *post mortem*.

2° Adhérences par exsudats (Durand-Fardel, Leubuscher).

3° Adhérences par ramollissement, défaut de cohésion de la périphérie du cerveau (Guislain), par désassociation des éléments, qu'ils soient encore reconnaissables, ou qu'ils aient subi des transformations macrobiotiques.

4° Adhérences par hypertrophie de la névroglie, ou mieux de la tunique adventive des vaisseaux, qui elle-même trouve son point d'origine dans la névroglie.

Mettenheimer et *Lowenhard* n'accordent pas une importance suffisante aux conséquences de l'hypertrophie de cette tunique adventive. On peut soutenir cependant, de par le microscope, que, dans la plupart des adhérences, les processus hypertrophiques de la substance connective embrassent les parois des petits vaisseaux et des capillaires, les épaisissent et forment, avec les éléments de la tunique adventive, une union si intime qu'il n'est pas possible de séparer les éléments sans les détruire.

Suit, à l'appui de cette manière de voir, une observation nécro-microscopique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

- Institution des sourds-muets et enfants arriérés de Nancy, quarantième année ; compte rendu et documents, br. in-8 de 50 pages. Nancy, 1868.
- R. Manicomio di Aversa. Ricerche statistiche per l'anno 1867, del doctore B. G. Miraglia, br. in-8 de 114 pages. Aversa, 1868.
- Rapport médical sur l'asile d'aliénés de Niort pour l'année 1867, par le docteur Lagardelle, br. in-4 de 66 pages. Saint-Maixent, 1868.
- Fortschritt ? Rückschritt !. Reform- Idem des Herrn Geh. Rathes prof. Dr Griesinger in Berlin auf dem Gebiete der Irrenheilkunde, beleuchtet von Dr Heinrich Laehr, br. in-8 de 42 pages. Nous donnerons dans le numéro de novembre une analyse des différents articles publiés à ce sujet par MM. Griesinger, Laehr et Brosius.
- Du bégaiement et des vices de la parole, par Em. Colombat, br. in-18 de 90 pages. Paris, 1868.
- L'âme ; documents tirés de sa réalité, déduite de l'étude des effets du chloroforme et du curare sur l'économie animale, par M. Ramon de la Sagra, vol. in-18 de 225 pages. Paris, 1868.
- Note sur l'hérédité, par le docteur Sauvet, br. in-8 de 30 pages. Marseille, 1868.
- Le procès Chorinski, étude médico-légale par le docteur Morel, br. in-8 de 32 pages. Rouen, 1868.

THÈSES DE PARIS.

Année 1868 (suite.)

96. A. Lassalle. Recherches sur la paralysie hystérique.
111. A. Lebreton. Des différentes variétés de la paralysie hystérique.
124. G. Hayem. Études sur les diverses formes d'encéphalite (anatomie et physiologie pathologiques).
152. Jolivet (Abel). Essai sur les accidents déterminés par l'altération des nerfs récurrents.
153. Quillard (Victor). De l'état de la pupille dans les maladies. Études de pathogénie et de seméiologie.
157. Berthelot (Henri). Essai sur les asiles d'aliénés.
158. Loubrieu (Georges). Étude sur les causes de la surdi-mutité, basée sur les documents fournis par les recensements de 1851-

- 1856, 1861-1866, et sur cinq cents observations de surdité.
160. Livermore (Frank). Des complications nerveuses du rhumatisme articulaire aigu.
162. Essai sur la relation qui existe à l'état physiologique entre l'activité cérébrale et la composition des urines.
164. Girondeau (Adrien). De la circulation cérébrale interne dans ses rapports avec le sommeil, br. in-8 de 48 pages. Paris, chez Leclerc, libr., 14, rue de l'École-de-Médecine. Prix, 1 fr. 25 c.
178. Jablouski (Jean). Essai sur l'innervation.

THÈSES DE MONTPELLIER.

(Année 1868.)

- Larroche (Léo). De l'ataxie locomotrice progressive.
- Pascal (Ch.). De l'alcoolisme et de son influence sur le développement et la marche des maladies.
- Malabouche (Silva). De l'asthénie surrénale dans ses rapports avec la folie.
-

VARIETES.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— Par décret rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. le docteur Billod, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire) : vingt-cinq ans de services ;

Le docteur Giraud, directeur de l'asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe) : vingt-huit ans de services ;

M. Saulnier, membre du conseil général de l'Allier, président de la commission de surveillance de l'asile d'aliénés du département : vingt ans de services.

— Viennent d'être promus :

A la deuxième classe de leur grade (6000 francs) :

MM. le docteur Auzouy, directeur-médecin de l'asile public de Pau ;

Le docteur Marchand, directeur-médecin de l'asile public de Toulouse.

Le docteur Campagne, médecin en chef de l'asile de Mont-de-Vergues (Vaucluse).

A la quatrième classe (4000 francs) :

M. Cottard, directeur de l'asile de Mont-de-Vergues ;

M. le docteur Lhomme, médecin en chef de l'asile de Bourges ;

M. le docteur Guérineau, directeur-médecin de l'asile public de Napoléon-Vendée.

Et pour les médecins-adjoints :

A la deuxième classe (2400 francs) :

MM. le docteur Dufour, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord) ;

Le docteur Bécoulet, médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre.

— Viennent d'être nommés :

Directeur de l'asile public de Saint-Venant (Pas-de-Calais), M. Giraut, attaché au ministère de l'intérieur, en remplacement de M. le docteur Bigot, appelé à la direction de l'asile de Bordeaux ;

Directeur de l'asile du Mans, M. Barthélemy, chef des bureaux de la sous-préfecture d'Aix, en remplacement de M. Blanchard, décédé ;

Directeur-médecin de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), M. le docteur Arnozan, directeur-médecin de l'asile de Châlons (Marne), en remplacement de M. Le Menant des Chesnais ;

Directeur-médecin de l'asile de Châlons, M. le docteur Le Menant des Chesnais.

— Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que M. Alf. Maury, professeur au Collège de France et membre de l'Institut, l'un des plus anciens membres du Comité de rédaction des *Annales médico-psychologiques*, vient d'être nommé directeur général des Archives de l'Empire.

NÉCROLOGIE.

M. Blanchard, directeur de l'asile public d'aliénés du Mans, ancien directeur de l'asile de Marseille, vient de mourir à l'âge de soixante-quatre ans.

PRIX AUBANEL.

Année 1867. Un seul mémoire a été envoyé pour le prix Aubanel de 1867. (Comm. MM. Baillarger, Brière de Boismont, J. Falret, Ach. Foville et Trélat.)

Année 1868. Nous rappelons que la Société médico-psychologique a mis au concours, pour l'année 1868, la question suivante :

« Des accidents convulsifs dans le cours de la paralysie générale. »

Valeur du prix, 800 francs. Terme du concours, 30 octobre 1868.

Année 1869. La Société, dans la séance du 27 juillet dernier, a mis au concours la question suivante :

« Des aliénés dangereux, et des mesures à prendre à leur égard.

» Y a-t-il des aliénés non dangereux ? En cas d'affirmative, quelles dispositions faut-il leur appliquer ? »

Valeur du prix, 800 francs. Les mémoires devront être adressés, avant le 31 décembre 1869, à M. le docteur Loiseau, secrétaire général de la Société, 26, rue Vieille-du-Temple.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE.

Un projet de loi ayant pour but d'autoriser le département de la Seine à affecter une nouvelle somme de 8 600 000 francs à la continuation de l'organisation du service des aliénés, a été présenté au Corps législatif dans la session qui vient de finir. Ce projet, qui avait reçu l'approbation du conseil d'État, comprenait :

1° La construction d'un pensionnat à l'asile Ste-Anne.	4 800 000 fr.
2° La construction d'un quatrième asile, mobilier compris.	6 500 000
3° La construction de magasins destinés au dépôt des mobiliers des aliénés.	300 000
Cette dernière dépense a seule été autorisée par le Corps législatif.	

L'ASILE SAINT-PONS A NICE.

La congrégation de Sainte-Marie-de-l'Assomption vient de fonder à Nice, sous le nom d'asile Saint-Pons, un nouvel établissement d'aliénés. Bien qu'il ne soit pas encore complètement terminé, l'asile Saint-Pons a été ouvert vers la fin de 1867. Destiné à recevoir les aliénés assistés du département des Alpes maritimes, il contiendra environ 300 lits; le 16 mai dernier, il n'y avait encore que 41 hommes et 37 femmes.

Le docteur Grinda a été agréé, par le préfet des Alpes maritimes, comme médecin de l'établissement.

FAITS DIVERS.

Un hydrophobe séquestré comme aliéné. — L'asile Saint-Luc, près Pau, où les aliénés ont été récemment transférés, a été inauguré par un cas assez singulier.

Le pensionnaire présenté le premier au nouvel établissement était le sieur Jean M..., atteint d'hydrophobie, attestée par un certificat muet sur l'existence de l'aliénation mentale chez le malade.

L'hydrophobie constitue-t-elle une des formes de l'aliénation mentale ? Le directeur-médecin de l'asile Saint-Luc ne l'a pas pensé, surtout en présence de la lucidité du malheureux hydrophobe qui, bien que parvenu à l'apogée de son accès rabique, appréciait parfaitement son état. Le frère du patient a donc été invité à le diriger sur l'hospice civil, ou à se munir d'un nouveau certificat médical attestant l'aliénation mentale. Le docteur Cazenave, aliéniste distingué, et ancien directeur de l'asile de Pau, ayant opiné pour le dérangement intellectuel et l'ayant attesté, a levé ainsi l'obstacle qui entravait l'admission de Jean M...

Jean M..., âgé de soixante ans, exerçant la profession de pasteur de troupeaux à Lahourcade, canton de Monein (Basses-Pyrénées), fut mordu le 8 avril 1868, au pouce et à l'index de la main droite, par un chien enragé. Ce chien mordit également le même jour des brebis chez lesquelles la rage s'est manifestée et qu'on a dû abattre. La crainte malheureusement trop fondée d'être hydrophobe fit de jour en jour des progrès chez l'infortuné Jean M..., qui alla tardivement réclamer les soins du docteur Sedelaborde. Cet honorable confrère reconnut le 19 juin, *soixante et onze jours* après l'inoculation du virus rabique, les symptômes non équivoques de l'hydrophobie,

Amené à Saint-Luc, le malade a une horreur invincible pour les liquides : c'est en vain que le docteur Auzouy, médecin-directeur, et le docteur Dauby, médecin-adjoint, tentent de lui faire ingurgiter de l'eau ou quelques gouttes de potion. L'interne et les surveillants ne sont pas plus heureux. Cependant le malade accuse une sécheresse extrême du gosier, un spasme permanent des muscles pharyngiens et une surexcitation nerveuse incoercible. Si l'on parvient à l'aide de la bouche artificielle de M. Billod à introduire un peu de liquide, il n'est point ingéré, et il est entièrement rejeté dès que l'application du bâillon cesse. Le malade éprouve le besoin irrésistible de se jeter sur ceux qui l'entourent et de les mordre. Placé dans une chambre, il déclare y avoir trop chaud et il en brise tous les carreaux. On le fait alors descendre en cellule, où il faut le camisolier pour maîtriser la violence de ses impulsions.

L'accès rabique est du reste parfaitement caractérisé et ne ressemble à aucun de ceux qui se produisent dans les névroses dont on est si souvent le témoin dans les asiles d'aliénés. La constriction pharyngienne en est le principal phénomène : des efforts d'expulsion d'une salive baveuse accompagnent une soif vive, mais qu'on ne peut éteindre.

Jean M... a les yeux hagards, les pupilles dilatées, les traits du visage profondément altérés. Son corps est agité de mouvements saccadés et convulsifs, son pouls petit et fréquent ; l'oppression fait à tout moment de nouveaux progrès. Tout échoue en présence d'un mal dont le malade

suit lui-même les phases, appelant la mort qui doit mettre un terme à ses souffrances, et qui est survenue le 21 juin, c'est-à-dire soixante-treize jours après la morsure par le chien enragé. L'incubation a eu ici une durée inusitée, tandis que l'accès rabique terminal a duré à peine deux jours.

La mort a eu lieu par asphyxie, et jusqu'au dernier moment, Jean M... a conservé la conscience de lui-même et de ce qui se passait autour de lui.

Ce que cette observation offre de remarquable, c'est surtout la longueur anormale de la période d'incubation du mal : soixante-treize jours au lieu de trente-cinq ou quarante jours qui en sont la durée habituelle. Quant à l'opinion qui tendrait à assimiler l'hydrophobie à une névrose, à en faire une des formes de l'aliénation mentale, elle paraîtra peu admissible, si l'on se reporte à la cause et à la manifestation principale de la maladie. Il n'est douteux pour personne que la seule cause de la rage provient d'un virus spécial introduit dans l'économie : c'est donc une intoxication. L'*enragé* conserve, sinon sa liberté d'action, du moins la conscience de lui-même, qui fait défaut à l'*aliéné*. Il y a donc entre la rage et la folie une distinction fondamentale à établir, et ce n'est guère que par un abus de langage que l'on peut qualifier d'aliéné un individu atteint d'hydrophobie.

25 août 1868.

AUZOUY.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

— ALIÉNATION MENTALE. — On lit dans le *Publicateur des Côtes-du-Nord* :

Le nommé Le Mesle (François), cultivateur, habitant le bourg de Trélivan, s'apercevait, depuis trois jours, que sa femme, Laurence Ménard, qui avait été, il y a une quinzaine d'années, atteinte d'aliénation mentale, était en proie à une grande tristesse et répétait fréquemment : « Nous sommes damnés. »

Redoutant quelque malheur, il la surveillait nuit et jour. Samedi dernier, lui trouvant les yeux hagards et les traits bouleversés, il la conduisit chez un médecin de Dinan, qui, après l'avoir examinée, prit le mari à part et lui dit de la surveiller de très-près, qu'elle présentait des symptômes d'aliénation mentale.

Le soir, Le Mesle ne se coucha qu'à onze heures, longtemps après sa femme. Il la croyait endormie, et, comme il n'avait pas dormi lui-même depuis trois jours qu'il la veillait, le sommeil finit par l'emporter.

Au milieu de la nuit, il fut réveillé en sursaut par sa femme qui lui dit : « Veux-tu voir ton enfant ? Cours vite, je viens de le jeter dans le lavoir de la prairie du presbytère. » Le Mesle, épouvanté, se leva ; il était alors deux heures du matin. Sa femme ajouta alors : « Je devais faire ce sacrifice à Dieu, car sans cela nous étions tous perdus, et puis notre enfant qui fait sa première communion demain la fera meilleure, par le sacrifice que j'ai fait de mon petit garçon âgé de sept mois, celui que j'aimais le mieux. »

Le Mesle partit aussitôt pour se rendre au lavoir, répétant le long du chemin : « Ah ! mon Dieu ! ah ! mon Dieu ! elle a tué mon enfant ! »

En effet, parvenu au lavoir, il en retira le pauvre petit être privé de vie et le déposa chez un de ses voisins qui arrivait d'une foire et dont l'attention avait été attirée par ses cris.

Il a été appris que cette femme a toujours été adonnée à la boisson, ce qui paraît avoir contribué à l'affaiblissement de ses facultés mentales. Elle se reproche d'avoir toujours trop bu, surtout lorsqu'elle était en proie à des idées tristes. Elle buvait, disait-elle, davantage pour les dissiper ; mais plus elle prenait de boisson, plus ses idées devenaient noires.

Laurence Ménard a été arrêtée et a dû être transférée à la maison d'arrêt de Dinan.

— UN HALLUCINÉ PERSÉCUTÉ. — La ville de Châteauroux a été mise en émoi par un assassinat dont le *Moniteur de l'Indre* nous raconte les détails :

M. Droulin, chef de traction sur le chemin de fer d'Orléans, habitant Issoudun, était venu dans la matinée à Châteauroux pour affaire de service. Vers midi et demi, comme il passait dans la rue Grande-Montaboulin, un nommé Edmond Gion, sabotier, habitant au n° 5 de cette rue, s'est élançé sur lui et l'a frappé à 6 ou 7 centimètres au-dessous du sein gauche, d'un coup de tire-point ou polissoir. Le coup a été porté avec tant de violence que la lame triangulaire, très-lisse, et dont les arêtes sont très-effilées, a pénétré à une profondeur de 8 à 9 centimètres.

M. Droulin était tombé sous la violence du coup et de la douleur. L'assassin voulut dans cet instant arracher l'arme de la blessure, mais le manche seul lui vint à la main. Il rentra alors chez lui et s'enferma.

M. Droulin, doué d'une énergie peu commune, parvint à se relever sans l'aide de personne, et, laissant dans la plaie l'arme dont on l'avait frappé, se rendit chez M. le docteur Godinat, dont la demeure est peu éloignée de l'endroit où ce drame venait d'avoir lieu. M. Godinat transporta lui-même le blessé, dans sa voiture, à l'hospice, où, avec l'aide des docteurs Pâtureau et Robert aîné, il a retiré l'arme de la plaie.

Comme nous l'avons dit plus haut, Gion, après son crime, s'était enfermé chez lui. Le commissaire de police, informé de l'événement, s'y transporta seul, et, après quelques difficultés, réussit à pénétrer dans la maison. Peu après, arriva M. le substitut Pascaud, qui fit conduire Gion en prison par la gendarmerie. Il résulte de l'interrogatoire de l'accusé, qui ne connaissait pas M. Droulin, qu'il n'en était pas connu, et qu'en le frappant, il a cru néanmoins frapper un ennemi. Il était à table, dînant avec sa mère, lorsque, voyant M. Droulin passer devant sa demeure, il s'est armé d'un tire-point, s'est élançé sur lui, et l'a frappé, en s'écriant, dit-on : « Ce n'est pas lui !... Si ! c'est lui ! »

Du reste, il paraît que Gion ne jouissait plus depuis longtemps de ses facultés mentales ; il aurait déjà donné plusieurs preuves de folie. Il est donc très-probable que c'est dans un accès d'aliénation mentale qu'il a frappé M. Droulin.

Malgré la gravité de la blessure, nous sommes heureux d'annoncer que l'état du blessé est aussi satisfaisant que possible. M. le substitut Pascaud a pu l'interroger.

M. Droulin est veuf ; il a deux enfants et sa belle-mère à sa charge.

— *Un étrange missionnaire.* — Mardi matin, dit le *Progrès de Lyon*, le petit hameau de Larny, dans le canton de Vaugneray, a été le théâtre d'un crime. A six heures du matin, on découvrit dans une écurie le cadavre d'une jeune femme ; la tête, presque entièrement détachée du tronc, portait les traces de nombreux coups. On nous communique sur ce triste événement des renseignements dont on nous garantit la parfaite exactitude. L'auteur du meurtre est le mari de la victime, le sieur Claustres. Les deux époux habitaient le hameau de Larny depuis longtemps déjà et jouissaient de l'estime générale.

Il y a trois ou quatre ans, le nommé Claustres, à la suite d'une maladie, fut atteint d'aliénation mentale, et, sur l'avis des médecins, sa famille le fit entrer comme pensionnaire à l'hospice de l'Antiquaille. Après un séjour de plusieurs mois dans cet hospice, Claustres paraissait parfaitement guéri. Sur la demande de sa famille, il quitta l'Antiquaille et retourna à Larny pour reprendre ses travaux.

A partir de cette époque, son caractère et ses habitudes s'étaient modifiés ; Claustres fréquentait peu ses voisins, vivait très-retiré, ne parlait à personne, mais rien dans ses actes ou ses propos ne pouvait faire prévoir l'horrible malheur qui allait frapper cette famille.

Mardi matin, vers six heures, la femme Claustres était occupée à traire ses brebis ; au moment où elle se disposait à sortir de l'écurie, son mari lui asséna sur la tête plusieurs coups de bâton ; puis, pendant que cette malheureuse tombait étourdie, il se saisit d'une hache et frappa jusqu'à ce que la tête fût entièrement séparée du tronc. Quelques instants après, Claustres quitta sa maison et racontait dans le pays qu'il venait de tuer sa femme *pour la plus grande gloire de Dieu*. Il se disait chargé par Dieu d'une mission évangélisatrice et *destiné à convertir les pécheurs*. A la nouvelle de ce crime, le procureur impérial, le juge d'instruction, accompagnés du docteur Tavernier, se rendirent à Larny pour y procéder à un commencement d'information. Claustres a été dirigé sur la prison de Lyon. (Moniteur du 27 avril 1868.)

— *Une scène étrange* s'est passée hier, à dix heures du soir, chez un marchand boulanger de la rue Saint-Denis. Il ne se trouvait dans la boutique, en ce moment, qu'une jeune fille de dix-neuf ans, la demoiselle Léonie G..., domestique, qui s'occupait à ranger différents objets parce qu'on allait fermer l'établissement. Un homme alors est entré brusquement, s'est précipité sur elle sans proférer une parole, et a cherché à la frapper dans la poitrine à l'aide d'un poinçon.

La jeune fille a paré, par un mouvement instinctif, avec son bras gauche, qui a été traversé d'outre en outre. Elle s'est affaissée aussitôt.

Avec la même arme, le meurtrier s'est porté rapidement plusieurs coups dans la région du cœur. Son poinçon lui a été arraché par les gens de la maison accourus au secours de la victime, et des sergents de ville qui sont survenus se sont emparés de sa personne.

Cet individu, qui paraissait en proie à une grande exaltation, a déclaré qu'il était le nommé Jules H..., âgé de quarante-deux ans, employé de commerce, domicilié place Maubert. Questionné sur les motifs de l'action qu'il venait de commettre, il a dit qu'il n'avait aucun sujet d'inimitié contre la jeune fille qu'il avait frappée et qu'il ne la connaissait en au-

cune façon. Ayant résolu de s'ôter la vie, il avait voulu se faire précéder dans l'autre monde par une personne d'extérieur agréable, qui lui aurait servi d'introductrice et l'aurait présenté aux habitants de la planète où tous deux étaient appelés à passer une seconde vie.

Ces propos et d'autres semblables ont donné à penser que Jules H... venait d'agir sous l'influence d'une monomanie. Il a été conduit à la préfecture où on lui fera donner des soins et où son état mental sera l'objet d'un examen. (Moniteur du 21 mai 1868.)

Terrible tragédie. — Une lettre de Trébizonde, du 8 juin, parle d'une terrible tragédie qui a eu lieu la veille dans cette ville. Dix-sept personnes ont été assassinées en quelques minutes par un fou ; quatre sont mortes sur le champ, dix sont mortellement et trois légèrement blessées. Chacune de ces victimes n'a reçu qu'un coup dans la poitrine, près de la région du cœur.

L'assassin, qui se dit tantôt Persan, tantôt Russe, tantôt chrétien et tantôt musulman, est un homme de cinquante ans environ, de petite taille, mais de forte constitution. Il résidait depuis quatre mois à Trébizonde, où il vendait de la vieille ferraille dans l'une des rues les plus populeuses. Il a commencé cette boucherie à huit heures du matin, avec un couteau aiguisé des deux côtés.

Dans la rue où il demeure, il a frappé tous ceux qui passaient, ayant soin, après un coup porté, de cacher son couteau pour qu'une nouvelle victime ne l'aperçût pas. Hommes, femmes et enfants sont tombés sous les coups de ce forcené. Sa conduite ne saurait être expliquée que par un accès subit de démence. Il n'a été poussé ni par une pensée de vengeance, ni par l'envie de voler. Il aurait encore massacré beaucoup de monde s'il n'avait été renversé par un coup de pierre à la tête. Cette pierre a été lancée par un jeune homme qui l'avait vu frapper. Il a été tellement étourdi par le coup, que l'on a pu se saisir de sa personne et l'arrêter.

(Globe et Moniteur du 5 juillet 1868.)

Le rédacteur en chef,

L. LUNIER.

Les directeurs-gérants,

BAILLARGER ET CERISE.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

PHYSIOLOGIE.

ÉTUDES PSYCHOLOGIQUES SUR LES HOMMES CÉLÈBRES

SHAKESPEARE

SES CONNAISSANCES EN ALIÉNATION MENTALE. — PREMIÈRE PARTIE. —
HAMLET, MÉLANCOLIE SIMPLE, ENNUI DE LA VIE ET FOLIE SIMULÉE.

Par M. BRIERRE DE BOISMONT.

Le génie que Voltaire appelait barbare, mais qu'il eut la bonne fortune de faire connaître à la France, Shakespeare, est aujourd'hui, de l'aveu de tous, le premier auteur dramatique des temps modernes. Cette réputation, il la doit à ce qu'aucun de ses rivaux n'a poussé si avant dans le cœur humain l'analyse des passions et exposé leurs effets sur la scène d'une manière plus saisissante. C'est l'opinion d'un écrivain illustre, excellent juge en ces matières, M. Guizot, qui a écrit sur le poète un livre

ANNAL. MÉD.-PSYCH. 4^e série, t. XII. Novembre 1868 1. 23

330 ÉTUDES PSYCHOLOGIQUES SUR LES HOMMES CÉLÈBRES.

plein de faits (1). Mais quelque importante que soit la morale pour les psychologues, nous nous serions borné à admirer Shakespeare au théâtre et dans ses livres, s'il n'avait fait de la folie une étude spéciale, qui intéresse les aliénistes au plus haut degré. Par quelle voie mystérieuse ce grand homme a-t-il été conduit à parler de cette maladie, comme un véritable savant, décrivant admirablement les types et signalant une foule de particularités, qui ne peuvent avoir été recueillies que par un observateur d'élite ? A-t-il été témoin d'un cas extraordinaire qui ait attiré ses regards sur ce sujet ? A-t-il, dans sa vie aventureuse, rencontré quelqu'un dont le sort l'ait péniblement préoccupé ? S'est-il, enfin, pris de pitié pour cette grande infortune en lisant les chroniques de ses héros ? Toutes ces explications sont possibles : ce qui est certain, c'est qu'il a composé une étude de cette maladie, qui prouve qu'elle était constituée de son temps et qu'elle avait les caractères qu'elle a aujourd'hui. Le poète n'a pas plus hésité que le jurisconsulte (2), quoique trois cents ans les séparassent, à admettre la folie, à indiquer ses symptômes caractéristiques, sa puissance et ses dangers. Le côté de l'œuvre de Shakespeare, à peine touché par les critiques, devait fixer l'attention des médecins anglo-américains ; Bucknill, Conolly, Kellôg, s'en sont plus spécialement occupés. C'est l'essai du premier de ces médecins que nous prendrons pour guide.

Tout homme de bonne foi sera de l'avis du docteur Bucknill, que, pour bien se rendre compte de la valeur des compositions de Shakespeare, par rapport à la folie, il faut être soi-même profondément versé dans la connaissance pratique de cette

(1) *Shakespeare et son temps*, par M. Guizot, 1852. Nous avons conservé l'orthographe de M. Bucknill, dont l'excellent livre *The mad Folk of Shakespeare. Psychological essays*, 2th édition, 1867, nous a fourni les matériaux de ce travail.

(2) Charles Mittermaier, *Seç études sur la peine de mort, la responsabilité et l'expertise médico-légales des aliénés dans les prisons et devant les tribunaux*, par A. Brierre de Boismont (*Annales médico-psychologiques*, 1868).

maladie, s'effacer comme auteur, mais mettre en lumière le bien observé du poète.

C'est ce que montrera l'examen des deux types principaux de la folie, nés de l'exagération morbide de sentiments primordiaux et permanents dans l'humanité, la dépression et l'excitation, devenant par le mal la mélancolie et la manie.

Mais avant d'entreprendre ces deux études, nous consacrerons quelques pages aux autres créations de Shakespeare; *Macbeth*, *Timon d'Athènes*, *Constance*, *Jacques* et d'autres, seront le prologue de ce drame grandiose des désordres de l'esprit.

La première, qui mériterait une description spéciale, est celle de *Macbeth*. L'hallucination y est représentée avec une grande vérité d'observation. L'apparition des sorcières n'a rien d'extraordinaire. Elle concorde avec les croyances du temps et avec l'organisation psychologique de certains individus. L'histoire a plusieurs fois cité des cas analogues. Godefroy et Raymond, au moment de la plus sanglante mêlée du siège de Jérusalem, aperçoivent sur le mont des Oliviers un cavalier agitant un bouclier, et donnant à l'armée chrétienne le signal pour entrer dans la ville. Ils s'écrient que saint Georges arrive au secours des chrétiens (1). Bernadotte, roi de Suède, voulant trancher, par le sabre, les difficultés que la Norvège lui opposait, et envoyer son fils Oscar pour réduire les rebelles, rencontra de la part de son conseil une véritable opposition. Un jour, qu'il venait d'avoir une forte discussion sur ce sujet, il monte à cheval et arrive sur les limites d'une sombre forêt. Tout à coup se présente à ses yeux une vieille femme bizarrement vêtue et les cheveux en désordre. « Que voulez-vous ? » lui demande brusquement le roi. Cette espèce de sorcière lui répond sans se déconcerter: « Si Oscar combat en cette guerre que tu médites, il ne donnera pas les premiers coups, il les recevra. » Le roi déclara le lendemain au conseil qu'il avait changé d'avis (2).

(1) Michaud, *Histoire des croisades*, 6^e édition, t. I, p. 276.

(2) *Presse* du 4 mai 1844. — Voyez aussi le *Traité des hallucinations*, 3^e édition, p. 49, 1862.

332 ÉTUDES PSYCHOLOGIQUES SUR LES HOMMES CÉLÈBRES.

Chez Macbeth, l'assassinat de Duncan provoque le remords, et la vue du poignard dans l'air en est un premier indice. Mais la raison n'a pas encore perdu ses droits, et il apprécie bientôt cette vision ce qu'elle est, un jeu de son imagination. Il n'en est plus ainsi, lorsqu'il aperçoit l'ombre de Banquo; le remords, que nous avons considéré dans notre traité des *Hallucinations* comme une des causes occasionnelles de l'hallucination, s'est emparé de son esprit et ne lui laisse plus un instant de repos.

On suit aussi, dans Macbeth, le développement des symptômes morbides; car il explique l'apparition du poignard d'une manière naturelle, tandis qu'avec les progrès de l'affection mentale, le spectre de Banquo est pour lui une vérité; mais homme énergique, il ne donne pas à la folie le temps de le saisir. Pour se soustraire à son influence, il se jette avec fureur dans l'action et devient le tyran sanguinaire de son pays. Il est à présumer que Shakespeare connaissait le traitement de la folie par la méthode de diversion, puisqu'il représente le roi lui échappant par cette conduite.

La consultation du docteur pour lady Macbeth n'est pas seulement intéressante, quant au mode de traitement thérapeutique de l'époque, elle montre aussi que si le médecin admet un commencement de folie chez la reine, il est beaucoup plus porté à attribuer ses souffrances à un terrible souvenir de conscience; il fait même observer qu'elle voudrait s'en débarrasser par le suicide, et un passage de la fin semblerait annoncer qu'elle a justifié sa crainte. La scène du somnambulisme est entièrement conforme à celles rapportées par les auteurs les plus dignes de foi, et dont nous avons consigné de remarquables exemples dans la troisième édition de nos *Hallucinations* (1).

Timon d'Athènes présente un point de doctrine déjà noté par le poète dans le *roi Lear*, c'est le concours des causes phy-

Cuvrage cité, p. 326 et suivantes.

siques et morales pour la production des maladies nerveuses ; mais comme la cause physique prête peu au drame, Shakespeare se borne à indiquer l'altération grave de la santé. La pensée du suicide qui agite Timon, et que lui suggère l'ennui de la vie, est le résultat de l'exagération mélancolique, engendrant la misanthropie. Celle-ci peut ne pas dépasser les limites de l'état sain, elle peut aussi se changer en maladie.

La haine et le soupçon deviennent des émotions constantes sur lesquelles on n'a plus de contrôle. La croyance de Timon à la mauvaise conduite des autres se transforme en conceptions délirantes, qui métamorphosent les crimes imaginaires en réalités, et à ces dispositions s'ajoutent des symptômes cérébraux. Il y a des cas où il est très-difficile de décider, si l'inclination naturelle exagérée est passée à l'état de maladie ; le meilleur critérium est le contraste du moi nouveau avec le moi ancien, et l'impossibilité de rester dans la vie pratique.

Un médecin d'un grand mérite a soutenu que les passions n'étaient pas les causes de la folie. Cette thèse est très-contestable ; mais on peut dire hautement qu'elles en sont les plus puissants auxiliaires. Ainsi, la violence de la passion de Constance pour le pouvoir souverain a quelque chose de satanique que la folie peut seule expliquer. Ici encore, nous retrouvons l'état physique de souffrance avec l'exagération du sentiment ; « Je suis malade ! » s'écrie-t-elle, nouvel exemple de l'influence de ces deux causes, qui concourent très-souvent au résultat final. Suivant M. Bucknill, l'origine et la nature de la folie chez Constance, sont essentiellement sentimentales. La cause prédisposante est sa tendance à l'emportement de la passion, et la cause excitante est le chagrin de ne pas parvenir à faire de son fils un roi. Cet état purement émotionnel la jette en pleine excitation maniaque ; mais ce n'est que dans le dernier discours, qu'on note la perte de contrôle sur les opérations de l'esprit.

Dans le développement de la folie de Constance, le pouvoir de la passion se trouve fortement aidé par celui de l'imagination.

334 ÉTUDES PSYCHOLOGIQUES SUR LES HOMMES CÉLÈBRES.

Shakespeare qui recherche, avec raison, le rôle des facultés morales et intellectuelles dans la folie, pense que, quand le jugement et la faculté de comparer n'ont pas la force de corriger les excès de l'imagination, le dérangement de l'esprit peut en être la conséquence.

Jacques le mélancolique n'est pas moins utile à étudier; il rentre jusqu'à un certain point dans le caractère d'Hamlet; c'est un blasé par l'abus d'une liberté licencieuse. Il n'y a pas de traces en lui de ce terrible égoïsme qui distingue la mélancolie, lorsqu'elle est devenue une maladie mentale; car, malgré son mépris de l'espèce humaine, en général, il aime l'homme en particulier, et dans son dernier discours, il rend pleine justice à tous et même au pauvre Touchstone; mais déjà cependant sa mélancolie est une altération morale qui, à un degré plus fort, peut dégénérer en folie.

Un autre signe différentiel à noter, c'est que si Jacques aime son mal et ne sait pas s'en affranchir, il a néanmoins le pouvoir de s'y opposer, et cette distinction psychique nous semble avoir une valeur réelle pour séparer les mélancoliques raisonnables des mélancoliques aliénés, ce qu'il est parfois si malaisé de faire.

Nous ne ferons que deux observations sur Malvolio, Christophe Sly, la comédie des erreurs, les femmes folles de Windsor et la pièce de la *Douzième nuit*; la première a rapport à des citations et à des faits démontrant, qu'à l'époque de Shakespeare, l'imputation fautive de folie était une chose commune, ce qui donnerait à penser que le nombre des aliénés était déjà assez grand; la seconde établit que l'illustre poète avait, sur la folie simulée, des notions aussi exactes que sur la folie réelle, résultat que nous constaterons de nouveau et avec plus d'évidence dans l'appréciation scientifique d'Hamlet et de Lear.

Ces préliminaires étaient nécessaires pour ne rien omettre de ce que le poète a écrit sur un sujet si digne de l'attention des médecins; nous entrons maintenant en matière par l'examen du premier personnage de notre travail.

Hamlet, tel que l'a imaginé Shakespeare, est un mélancolique, enclin au découragement, au dégoût de la vie, au suicide, et dont le mépris ironique accuse la tendance à ne voir que la face triste du monde et de la destinée humaine. Ces dispositions attestent, dès le début, que ses sentiments sont maladifs et que les événements douloureux de la vie le trouveront préparé à s'en exagérer les conséquences ; il sera prédisposé par ce tempérament aux partis extrêmes, dont les autres et lui seront les victimes, sans y être conduit par une volonté inflexible. Un tel caractère pourra facilement devenir la proie de la folie, et s'il n'y entre pas de plain-pied, on pressent quelles sinistres lueurs il projettera sur son existence !

Les natures aussi impressionnables et aussi délicates sont, en outre, sujettes à voir partout des objections, des arguments, des dangers possibles et même des fautes, ce qui les tient suspendues dans l'inaction.

C'est l'organisation, en effet, la plus favorable à la folie mélancolique, au délire de persécution, au suicide, à l'homicide, si l'âme, quelque bien douée qu'elle soit, est plutôt contemplative qu'agissante.

La mort violente de son père, le mariage incestueux de sa mère, son impressionnabilité, son imagination rêveuse doivent susciter en lui mille pensées pénibles, terribles même, et les croyances du temps apportant leurs sombres légendes au cours ordinaire de ses idées, l'apparition de l'ombre de son père n'a rien que de naturel, à une époque où les fantômes hantaient le cimetière, le château et la chaumière.

Sans doute, le premier mode de vision n'est pas celui qui constitue l'hallucination pathologique, elle n'est pas cependant sans précédent, ainsi que l'attestent les croisades, et l'on sait, d'ailleurs, que l'hallucination est compatible avec la raison.

Lorsque l'esprit de son père s'éloigne, en lui disant : « Souviens-toi de moi ! » Hamlet jure de tout oublier, excepté la

336 ÉTUDES PSYCHOLOGIQUES SUR LES HOMMES CÉLÈBRES.

vengeance, mais il reconnaît que son cerveau n'a pas assez d'énergie, qu'il est tirailé en sens divers, aussi pense-t-il que pour accomplir sa tâche et se préserver des dangers qui le menacent, il faut recourir à la ruse ; contrefaire la folie lui paraît le moyen le plus sûr. C'est une suite de son organisation, qui le secondera dans cette voie. Madame George Sand a très-bien compris cette influence, en classant Hamlet parmi les lymphatiques et les obèses.

L'imputation et la simulation de ce mal doivent avoir été fréquentes du temps de Shakespeare. Dans *Roméo et Juliette*, Roméo dit à Benvolio: « Non, je ne suis pas fou ! » La comédie de la *Douzième nuit* contient une étude de la folie simulée, non moins habilement tracée que celle de la folie réelle. Pour ne citer qu'un exemple du premier cas, lors de l'entretien de la prison, Malvolio proteste hautement contre la folie que lui attribue le bouffon, sous le faux nom de sir Topas. Désirant le convaincre qu'il a toute sa tête, il le prie de l'interroger sur un sujet sérieux. Celui-ci lui adresse une question relative à la métempsychose, à laquelle Malvolio répond conformément aux idées de Pythagore. « Tu peux rester où tu es, lui réplique le bouffon, garder l'opinion pythagoricienne, et éviter de tuer un coq, de peur d'en expulser l'âme de ta grand'mère, avant que je ne m'occupe de prononcer sur l'intégrité de ton esprit. Ainsi, Shakespeare condamnait déjà, en la raillant, l'opinion de ceux qui admettaient la persistance de la raison chez un aliéné, parce qu'il répondait bien aux demandes qui lui étaient faites. C'était un argument aussi fondé que celui soutenu actuellement par d'habiles légistes et de savants médecins sur l'impossibilité de la perte de la raison chez un individu qui se souvient encore de l'éducation qu'il a reçue. N'est-ce pas, en effet, prouver qu'on n'a aucune notion pratique de la folie, puisqu'on ignore complètement qu'un aliéné peut causer raisonnablement des heures entières, parfois même avec éloquence, écrire des lettres très-sensées entre deux

accès et dans la même journée, quoique rien ne puisse lui ôter de la cervelle ses conceptions délirantes (1).

Ce colloque de la prison, entre Malvolio et le bouffon, démontre que Shakespeare allait au fond de toutes les faiblesses humaines. Dans un autre passage, il parle du pouvoir qu'a le diable de s'emparer de l'esprit de l'homme et de la possibilité de le chasser, au moyen de l'exorcisme. Shakespeare, par la bouche du bouffon, ridiculise cette croyance qui était générale de son temps, et qu'ont partagée, plusieurs siècles après lui, des savants et une foule de personnes religieuses. Il est incontestable que ce poète célèbre s'est servi des bouffons et de la folie pour attaquer un grand nombre de préjugés et d'erreurs, mais cela n'ôte rien à ses remarquables études sur l'aliénation mentale.

La folie simulée dont Hamlet donne une représentation à Polonius et à Ophélie, malgré son amour passionné qu'il veut éteindre chez elle, en le reléguant « parmi les vains et vulgaires souvenirs », il la dédaigne pour ses amis, bien qu'il les sache envoyés pour l'observer, et il leur fait une peinture admirable de l'ennui de la vie qui l'accable et dont il a déjà parlé avant l'apparition de l'esprit. On ne peut que louer cette dissertation du mélancolique raisonnant (mélancolie sans conceptions délirantes), qui voit toutes les choses comme elles sont, mais ne les sent pas telles qu'elles sont.

Il est à noter que cet aveu du mal que l'on éprouve est commun chez les mélancoliques simples, tandis que l'aliéné à conceptions délirantes est disposé à le cacher. C'est un point de ressemblance qu'a le premier avec l'hypochondriaque, quoique le motif ne soit pas exactement semblable. L'hypochondriaque, en effet, recherche la sympathie et la pitié ; le mélancolique

(1) Voyez sur ce sujet la savante dissertation de Mittermaier et les autorités qu'il cite (*Ann. méd.-psych.*, vol. cité) et notre mémoire *Sur la responsabilité légale des aliénés* (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1867).

338 ÉTUDES PSYCHOLOGIQUES SUR LES HOMMES CÉLÈBRES.

agit ainsi par désespoir de n'être pas soulagé et en ne tenant aucun compte de la commisération.

Hamlet, qui découvre les dispositions de son âme à ses amis, pour leur prouver qu'il n'est pas malade d'amour, révèle, dans son premier monologue, la véritable cause de sa souffrance morale, par quelques mots sur la mort de son père et le mariage de sa mère, peine secrète que la reine, avec son coup d'œil maternel, a de bonne heure soupçonnée. Cette situation d'Hamlet a de l'analogie avec la conduite de l'insensé qui simule la folie pour cacher celle qu'on lui attribue et à laquelle il ne croit pas, car, sans être aliéné, il a les éléments du mal, et la seconde apparition de son père, qui n'est visible que pour lui, lui place un pied sur l'abîme. C'est l'opinion de la reine : « Il est fou ! » s'écrie-t-elle, en voyant alors son aspect étrange. Mais Hamlet, ne voulant pas que sa folie factice élève une barrière entre lui et sa mère, proteste contre cette dénomination, en donnant, comme témoignage de l'intégrité de ses facultés, la modération de son pouls, le pouvoir qu'il a sur son attention et la fidélité de sa mémoire, témoignages sans valeur dans beaucoup de folies partielles et chroniques, où ces trois ordres de faits se conservent.

Hamlet a, d'ailleurs, par moments, une sorte de conscience de son état, ainsi que l'atteste cette observation : « Je suis seulement fou, lorsque souffle le vent du Nord, tandis que ma raison est saine avec le vent du Sud, » vérité psychologique que la science a consacré. Il est certain que le prince danois, lorsqu'il ne contrefait pas la folie, est loin de jouir d'une santé parfaite ; il se l'avoue à lui-même, quand, dans son monologue sur les comédiens, il dit que « le diable a prise sur les gens qui, comme lui, ont l'esprit faible et mélancolique ». A ces éléments combinés avec son humeur naturelle et l'ironie mordante qu'a développée la fréquentation des hommes, il faut ajouter la forme de sa folie simulée ; c'est celle de la manie méchante, insouciant, aigre, entremêlée d'éclairs d'esprit naturel et de teintes

de mélancolie, laissant apercevoir, à travers la simulation, le caractère d'Hamlet, un des sujets les plus intéressants de l'étude psychologique.

Cette folie feinte, qui en impose au père d'Ophélie et à d'autres personnages, à laquelle le roi se rattache par crainte, est, de la part de celui-ci, l'objet de réflexions qui révèlent l'œil observateur de Shakespeare. Par la bouche du roi, il indique, en effet, la coutume des familles de cacher l'existence de la folie parmi leurs membres, coutume qui duré encore et cause beaucoup de mal. Sans cet égoïsme coupable et l'ignorance de la maladie, les parents s'empresseraient de faire traiter leurs aliénés, dès l'apparition des symptômes, et de les placer loin des influences auxquelles leur affection doit son origine. Quelles douloureuses histoires n'aurions-nous pas à raconter des suites de cette déplorable négligence ! Il y a peu de temps encore, mourait dans notre établissement une jeune dame, qui a fait le désespoir des siens, et qui ne cessait de répéter : « Lorsque mon père m'a mariée, j'étais folle, et mon mari n'en savait rien ! »

Dans l'examen de l'état mental d'Hamlet, il faut aussi tenir compte de sa tendance au suicide ; le fameux monologue : « être ou ne pas être », cet éternel peut-être, nous initie à une direction de ses pensées. C'est bien la douloureuse position d'un homme pour lequel la vie n'a qu'un aspect mélancolique, qu'aucune idée gaie ne relève, qu'aucun rayon d'espérance n'éclaire ; aussi l'esprit du malheureux prince est-il envahi par un désir du néant ; mais l'instinct du suicide, qui se manifeste comme conséquence de ce désir, est repoussé par ses doutes, sa foi dans l'existence de Dieu et d'une autre vie ; il combat sa philosophie sceptique, qu'il a probablement puisée à Wittembourg et dont le fantôme a cherché le premier à lui prouver la fausseté. Cette espèce de suicide est celle du *tædium vitæ*, qui n'est pas dû aux sens blasés, mais à la mélancolie. Hamlet n'a plus qu'un degré à franchir pour passer sous l'influence de la folie, et il n'est pas étonnant que son état mental ait été souvent discuté.

340 ÉTUDES PSYCHOLOGIQUES SUR LES HOMMES CÉLÈBRES.

Sa croyance à la réalité de la seconde apparition de son père, qu'il aperçoit seul, son opinion sur lui-même, plusieurs de ses actes tendraient à accréditer l'opinion du trouble de ses facultés ; mais ses discours, entre autres celui qu'il adresse aux comédiens, où son attention détournée pour un instant de ses chagrins, des sombres nuages de la mélancolie, met en évidence la lucidité de son esprit, sa puissance, son côté sarcastique, ainsi que sa conversation avec Horatio, montrent la noblesse de son caractère et paraissent contraires à l'existence de la folie confirmée. Le docteur Bucknill, qui est convaincu que Hamlet est pathologiquement mélancolique, et qu'il y a peu de simulation dans ses paroles et ses actes, déclare néanmoins qu'il faut se garder de l'erreur de le croire réellement fou. C'est un mélancolique raisonnant, dont la première manière d'être en pensées, en sentiments et en conduite a été changée par sa maladie ; il a perdu l'activité et soupire après le suicide, sans oser le réaliser. Comme les mélancoliques, il a un jugement profond, des prévisions remarquables, des aperçus justes, des réparties fines, spirituelles, car la mélancolie, suivant Burton, développe et aiguise les pensées plus que toute autre humeur. C'est la période d'incubation du mal, pendant laquelle la mélancolie s'élabore. Cette période, longue chez Hamlet, puisqu'il paraît successivement dans le drame, presque enfant, jeune homme et adulte, était d'ailleurs nécessaire à l'intention qu'avait Shakespeare de développer un caractère psychologique dans une période de la vie humaine ; cette face de son personnage fournit une nouvelle preuve de la profonde observation du grand poète, car, bien avant la doctrine actuelle des néo-aliénistes d'intuition sur l'éclosion, en trois jours, de la folie, il établissait, ce qui est vrai dans l'immense majorité des cas, que cette maladie, préparée longtemps d'avance par l'exagération des sentiments, n'attend plus qu'une cause quelconque pour éclater. Ainsi, trois siècles avant le célèbre Guislain qui, s'étayant de l'autorité malade des sentiments, fonda sa théorie de la douleur, comme

cause générale de la folie (1), l'illustre Shakespeare démontrait par l'étude des passions que la lésion des sentiments précède celle de l'intelligence, ou du moins représente le symptôme le plus apparent de la maladie.

Une remarque psychologique sur la mélancolie, qui ne doit pas être passée sous silence, est son rapport intime avec le caractère (*humour*). On constate ce fait dans l'histoire véritable d'un grand nombre des plus fameux humoristes. Cette observation est également applicable aux comiques. Qui ne connaît la réponse du bouffe Dominique au médecin qu'il consultait ? L'esprit agit, en effet, sur les idées et leurs représentations verbales ; l'humeur s'exerce sur des motifs et des émotions. Un autre trait du caractère d'Hamlet est la vive activité de son intelligence et l'inertie de sa conduite. M. Bucknill, dans une savante analyse psychologique, attribue cette disposition de son esprit, non pas à une altération de la volonté, mais à l'absence d'un désir clairement défini, de l'habitude d'agir par défaut de l'exercice du pouvoir, et aussi à l'équivalence des désirs. Nous pensons que l'état physiologique joue alors un grand rôle. La facilité à s'impressionner, le tempérament mélancolique, l'influence des idées tristes, souvent due au dérangement d'un organe, le désenchantement que donne le spectacle du monde, et le doute qui s'empare de l'âme, en voyant de quelle manière sont traitées et menées les questions les plus importantes, le succès d'une foule d'hommes médiocres et pervers, l'impossibilité de rien changer aux allures des passions, toujours les mêmes, quelles que soient les conquêtes merveilleuses de la matière, la chute continuelle du rocher de Sisyphe, malgré tous les efforts, etc., doivent singulièrement contribuer à jeter l'homme dans le découragement, l'indécision, l'inactivité et l'apathie.

(1) A. Briere de Boismont, *Joseph Guislain, sa vie et ses écrits*, vol. de 155 pages. Paris, 1867.

342 ÉTUDES PSYCHOLOGIQUES SUR LES HOMMES CÉLÈBRES.

Une première question que suggère cette analyse des principaux éléments constitutifs de l'œuvre, est celle-ci : Quelle idée devons-nous nous faire de ce drame ? Évidemment celle d'une création admirable ; mais là n'est pas le but réel de Shakespeare, il s'en est proposé un plus noble ; il a voulu peindre un des douloureux sentiments de notre âme, avec une exactitude telle que tout notre être en soit remué, et que nous nous écriions : C'est nous qui sommes Hamlet !

Ce drame, en effet, quoique le type en soit pris dans notre propre nature, paraît bien supérieur aux modèles que reproduisent avec tant de vérité les autres compositions de Shakespeare. D'où provient cette distinction ? Sans aucun doute, de la supériorité de cette observation intérieure. Le génie du poète a réfléchi des profondeurs de son esprit avec la clarté du miroir une grande portion de lui-même, et il a peint un tableau, dans lequel la postérité lira ses sentiments intimes, ses pensées sur la mort et le suicide, ses doutes sur l'avenir, ses opinions sur le présent et une magnifique description d'un des côtés du moral, dans sa beauté, ses dégradations et sa chute.

Une seconde question qui nous intéresse plus particulièrement est celle de la part de la folie chez Hamlet. Shakespeare nous représente son héros avec tous les attributs du tempérament mélancolique ; il est désenchanté, dégoûté de la vie, porté au suicide, contemplatif, rêveur, inactif. Ces dispositions sont évidemment malades et prédisposantes ; vienne une cause occasionnelle, et la folie est possible. Mais ce qui est manifeste, c'est qu'Hamlet souffre d'un mal qui a d'étroits liens avec la perte de la raison. Il est incontestablement atteint de cette fatigue de vivre, attribuée aux populations amollies, sans énergie, sans occupation forte et obligée, dont Clément, Stagyre, Werther, René, Raphaël, nous ont donné de tristes exemples, et qui a ses développements et sa marche dans les grands monologues des quatre actes de la pièce.

Ce serait cependant se tromper étrangement de croire que

ce mal n'a existé qu'à ces époques ; la nature peut se plier aux circonstances, elle n'est pas faite par elle ; il y a toujours eu des organisations mélancoliques, portées à la tristesse, et si un grand écrivain a dit que le spleen n'était point la maladie du temps où la chronique fait vivre Hamlet, ni de celui où vivait Shakespeare lui-même, qui a deviné ce malaise douloureux, les exemples cités de l'*αθυμία* des Grecs, de l'*acedia* des moines du moyen âge, ne laissent aucun doute sur l'existence du *tædium vitæ*, à des époques très-différentes (1).

Hamlet n'est point, sans doute, un véritable aliéné ; il a néanmoins la conscience du sort qui le menace ; s'il avoue, par moments, qu'il est fou, il proteste contre cette qualification, quand on la lui donne, imitant en cela la conduite de presque tous les aliénés. L'apparition de son père, visible pour lui seul, dans un de ses entretiens avec la reine, est un symptôme pathologique dans les conditions où il se trouve. Mais ses discours, ses actes en faveur de la mission qu'il doit remplir, attestent que ses facultés n'ont rien perdu de leur force. Il est dans un de ces états, intermédiaires à la raison et à la folie, que M. Bucknill a justement nommé la période d'incubation, où des milliers d'individus succombent, d'où des centaines d'autres sortent pour revenir à la santé.

Mais ces deux conditions, le dégoût de la vie, poussé jusqu'à l'idée du suicide, la folie avec son cortège de symptômes accompagnant Hamlet, sans s'en rendre entièrement maîtresse, font de lui un être malade qui peut rester dans le monde, toutefois à ses risques et périls, et à ceux des autres. Enfin le châtiment lui-même, que la vengeance du fils, sans l'alliage de la folie, eût accompli, lorsqu'il tenait entre ses mains l'assassin de son père, n'a lieu, à la fin du drame, que dans un moment d'exal-

(1) A. Brierre de Boismont, *Du suicide et de la folie suicide, ennui*, p. 252, 2^e édition. Paris, 1865.

344 ÉTUDES PSYCHOLOGIQUES SUR LES HOMMES CÉLÈBRES.

tation et d'emportement, par une circonstance accidentelle, complètement indépendante d'une volonté ferme et arrêtée.

Ce qu'a de saisissant cette composition pour ceux à qui ces matières sont familières, c'est l'esprit pratique avec lequel le *tædium vitæ*, la mélancolie simple, prête à devenir la folie, sont rendus. Non-seulement les types sont parfaits, mais les accessoires montrent qu'aucun détail n'échappait à l'observation de Shakespeare. Ainsi il indique la lésion primitive des sentiments, les causes du mal moral d'Hamlet ; il reconnaît la période commençante de la folie, désignée sous le nom de prodromique, dont la durée généralement longue, passe très-souvent inaperçue, et il la signale dans plusieurs passages du drame, ce qu'il fera également pour le roi Léar. Il expose successivement les signes de l'hallucination, de la folie simulée, blâme la coutume des parents de cacher la maladie mentale de leurs membres, et cherche à établir les limites de la raison et de la folie. La protestation des aliénés contre le nom de folie, donné à leur mal, ne lui a point échappé.

Il y a donc loin de ce coup d'œil d'aigle à la myopie de nos néo-aliénistes modernes, qui font éclore cette grave maladie en trois jours !

Pour émettre une pareille opinion, il faut n'avoir aucune notion de l'expérience, qui apprend que plus de la moitié des malades entrants sont aliénés, depuis au moins deux ans, et révèle les modifications profondes, apportées dans l'organisation par une des causes les plus connues, l'alcoolisme, dont l'action a doublé en six ans, à Bicêtre, le chiffre des aliénés de cette catégorie. N'est-ce pas la médecine, en effet, qui a révélé, chez les alcoolisés, la diminution des globules rouges, l'augmentation des globules blancs, l'état graisseux du sang, les lésions des vaisseaux du cerveau, de ses membranes, les dépôts de matières grasses dans sa substance, son atrophie, la dégénérescence graisseuse du foie, des reins et du cœur, les altérations nombreuses du système nerveux, etc. ? C'est encore la

médecine qui a mis hors de doute que l'alcoolisme n'atteint pas seulement l'ivrogne dans sa personne, mais aussi dans ses descendants. Il est désormais constaté partout que les enfants nés de parents buveurs sont fréquemment imbéciles, idiots, arriérés, apportent avec eux des instincts pervers, une inapplication à tout travail, une absence de sens moral, et que beaucoup de ces êtres dégénérés sont atteints d'impuissance reproductive. Il faut lire dans l'ouvrage de Magnus Huss les terribles ravages qu'avait produits en Suède l'abus des boissons spiritueuses (voyez aussi l'excellente étude clinique de M. A. Fournier sur l'alcoolisme dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, 1866).

En ne cessant, avec l'autorité de ces milliers de faits, de proclamer qu'on frappait de peines afflictives et infamantes des individus, placés dans des conditions d'infériorité fatale, les médecins ont inscrit une vérité de plus dans leurs *Annales*, tandis que les inventeurs du système de la folie subite ont ajouté une erreur nouvelle à celles que l'ignorance de tous les temps n'a cessé de produire.

La splendide étude de Shakespeare sur Hamlet est donc la meilleure réponse à ces attaques, parce qu'elle est conforme à la clinique de toutes les époques. C'est là le caractère distinctif qui sépare les hommes de génie et d'observation de ceux qu'on a nommés les sentinelles avancées de l'opinion publique, troupe nécessaire, sans aucun doute, mais qui a le tort d'enfourcher toutes les idées, le plus ordinairement sans les avoir bridées.

PATHOLOGIE.

RECHERCHES

SUR

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ET LA

NATURE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR LES DOCTEURS

POINCARÉ,

Professeur à l'École de médecine de Nancy,

ET

HENRY BONNET,

Médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Maréville.

(Suite et fin.)

Nous devons maintenant présenter quelques observations à l'appui de notre travail (1).

OBSERVATION I. — Le nommé Joseph B... entre à l'asile de Maréville atteint de lypémanie chronique avec idées de persécution. Cet homme a fait des excès qui ont amené primitivement des accidents digestifs de diverses formes; en même temps ses forces diminuaient; son caractère se modifiait, et peu à peu le délire s'accusa. Les prédominances de persécution n'ont été constatées que pendant un an après son entrée, et il a insensiblement fait place à de la torpeur alternant avec des excita-

(1) Quelques observations ne contiennent pas l'examen histologique du sympathique parce que, quand nous nous sommes arrêtés sur les sujets qui en font l'objet, notre attention ne s'était pas encore suffisamment portée sur ce côté de l'organisme.

tions générales indéterminées. Cet état a duré pendant dix ans, et l'on a pu remarquer chez B..., à intervalles variables, et croissant d'une façon progressive, des inappétences, disparitions du goût, troubles diarrhéiques, adynamie, difficulté de s'exprimer. Au mois d'août 1867, il est pris d'une violente congestion qui laisse apparaître à sa suite du délire ambitieux, exagération de la sensibilité affective, perversion de la sensibilité cutanée, tremblements fibrillaires, vultuosité de la face, tremblements de la langue, incoordination de la parole, inégalité pupillaire, tous les signes, enfin, d'une paralysie générale bien accusée. La maladie marche à grands pas. B... devient rapidement impotent, gâteux, et n'offre plus rien d'intellectuel et de moral. Il meurt subitement le 27 octobre.

Dans ce cas, on aperçoit, dès le début, une simultanéité symptomatique remarquable ensuite par la lenteur de sa marche et un caractère trompeur qui ne permettait pas le diagnostic assuré de l'affection. Quelque temps, cependant, avant la violente attaque congestive, la difficulté du langage arrêta spécialement l'attention; mais ce ne fut qu'après cette attaque que les grands phénomènes de la paralysie générale s'accusèrent d'une façon formelle et en marchant avec une rapidité d'autant plus grande qu'ils s'étaient fait plus longtemps attendre.

A l'autopsie, on trouve les sinus de la dure-mère gorgés de sang; plaques nombreuses d'exsudat, sérosité citrine intra- et sous-arachnoïdienne; membranes fortement congestionnées. Le ceryeau est congestionné dans tous ses points. A l'œil nu, on ne découvre rien dans la protubérance, rien dans le cervelet, rien dans le bulbe. A la surface, pas de fausses membranes. A la coupe du lobe cérébral droit, on trouve un caillot considérable dans le troisième ventricule qui en a refoulé les parois et qui s'est creusé une cavité aux dépens de la partie supérieure; ce caillot a bien le volume d'un gros œuf de poule; il est très-coloré et paraît, à l'œil nu, de date récente; le tissu

348 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

nerveux ambiant est un peu en détrit. A la coupe du lobe gauche, on trouve dans la partie frontale une petite poche du volume d'une noix remplie d'une sérosité un peu roussâtre et tapissée d'une membrane tachetée de brun. Tout autour, dans une épaisseur de 2 centimètres, le tissu nerveux présente un ramollissement jaune des plus accentués.

Examen microscopique. — Vaisseaux. — Nulle part ils n'offrent les véritables caractères de la sclérose. Si, autour de quelques-uns, on trouve un léger degré de prolifération du tissu cellulaire, il est incontestable que jamais cette production n'a pour résultat, non-seulement d'effacer, mais de diminuer le calibre des capillaires. En revanche, la plus grande partie des vaisseaux de l'encéphale ont leurs parois parsemées de granulations graisseuses, pigmentaires et hématisées. Il en est ainsi de presque tous les vaisseaux de la substance corticale des lobes cérébraux. On n'en rencontre de sains que dans quelques points de la partie postérieure; mais c'est surtout dans les lobes frontaux que la dégénérescence vasculaire est plus générale; là elle porte non-seulement sur les capillaires de la substance grise, mais encore sur ceux de la substance blanche; de plus, il en est qui sont entourés comme d'un véritable manchon de granulations graisseuses. Les vaisseaux sont parfaitement intacts sur tous les points de la protubérance et dans la plus grande partie du cervelet; mais, dans quelques points de cet organe où elle existe, la dégénérescence se montre à un très-haut degré. Dans la substance grise qui entre dans la composition du troisième ventricule, la dégénérescence des vaisseaux ne forme que des îlots assez éloignés les uns des autres.

Cellules. — Dans la substance corticale des lobes cérébraux, la plupart des cellules sont remplies de granulations graisseuses, ce qui fait qu'elles se dessinent parfaitement à l'œil sans le concours d'aucun réactif. L'envahissement de la dégénérescence n'est pas général; il s'est fait par départements qui sont séparés par des parties saines; mais, on peut dire que la somme des

cellules dégénérées l'emporte sur celles qui sont restées normales. C'est dans le lobe frontal que cette altération est portée au plus haut degré, c'est-à-dire dans la partie où la dégénérescence des vaisseaux est aussi plus intense. Toutefois, on ne peut pas dire que l'altération de ces deux ordres d'éléments anatomiques marche forcément de front, car il est beaucoup de points où les cellules sont dégénérées et où cependant les vaisseaux sont parfaitement intacts. Le tissu jaune et ramolli qui environne le kyste du lobe frontal gauche est constitué avant tout par un détritit informe dans lequel on remarque une énorme quantité de granulations graisseuses libres et une quantité prodigieuse de corpuscules de Gluge de toutes dimensions; la plupart de ces corpuscules sont colorés par de l'hématine couleur de sienne; quelques-uns sont incolores et sont exclusivement constitués par des granulations graisseuses; çà et là on aperçoit encore des petites cellules nerveuses intactes. Dans le voisinage du foyer apoplectique du lobe droit, le tissu nerveux offre à l'œil le même genre d'altération, et, tout à fait au contact du caillot, il est beaucoup plus fluide. Au microscope, ces points ramollis renferment encore avant tout des corpuscules de Gluge; mais les incolores y sont beaucoup plus fréquents. Plus loin, là où la substance cérébrale paraît saine, on trouve encore des corpuscules de Gluge, et ils paraissent reproduire à peu près la disposition topographique des cellules nerveuses, ce qui tend à faire penser que ces corpuscules pourraient bien venir des cellules elles-mêmes. Dans la protubérance et dans tout l'isthme, les cellules sont très-riches en pigment ferrugineux.

Nulle part on ne trouve de granulations dans les tubes nerveux.

OBS. II. — Le nommé D..., âgé de quarante-deux ans, entre le 27 avril 1867 à l'asile de Maréville. Il est atteint de manie, et, d'après le peu de renseignements que nous avons,

350 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'affection mentale n'a éclaté qu'il y a quelques mois au point de fixer l'attention. Il offre à l'observation directe, lors de l'entrée, tous les symptômes du délire général aigu; les idées sont complètement dissociées, le verbiage continu, l'attention tout à fait pervertie; l'agitation est multiforme et tellement intense que, pour préserver l'individu contre lui-même et empêcher les écarts d'actes vis-à-vis d'autres, on est forcé de le camisoler. L'acuité du délire a amené une grande émaciation de tout l'organisme et divers troubles fonctionnels: inappétence ou perversion de l'instinct de la faim, diminution de la chaleur animale, précipitation des battements du cœur, ruine du sommeil. La physionomie offre un cachet vultueux, couperosé avec teinte huilo-terreuse de la peau; pas d'inégalité dans les pupilles; articulation du langage ordinaire; forces musculaires très-faibles; motilité n'offrant rien de particulier.

L'acuité des pensées et des actes dure sans interruption pendant trois mois. Les fonctions digestives reprennent un peu de leur activité, mais par intervalles seulement; la maigreur n'a pas diminué. Au mois de juin, le calme survient, mais l'incohérence n'a pas subi de modification avantageuse. Le sommeil est rétabli. On remarque alors d'une façon très-accusée l'incoordination des mouvements avec gêne de la parole, qui peu à peu devient plus tremblotante et inarticulée; les pupilles deviennent inégales; on note une incurvation latérale du tronc du côté de la pupille qui est la plus petite; la physionomie devient plus vergetée et plus terreuse; l'état gâteux se prononce. Concurremment, la démence s'affirme avec un cachet stupide. Ces phénomènes physiques et mentaux persistent sans aggravation jusqu'au 5 novembre, où le malade s'affaisse subitement et reste jusqu'au 7 dans un profond coma; puis, une convulsion intense le prend et il meurt.

Cette observation démontre que les symptômes de la paralysie générale ne s'offrent pas toujours avec les symptômes pathognomoniques pendant un certain temps. Néanmoins, la teinte

couperosée et terreuse de la face nous avait fait faire des réserves, et bientôt tout le cortège symptomatique s'est offert. A mesure que le délire incline vers la démence, les signes de la paralysie suivent une marche galopante. Somme toute, le cachet congestif a d'abord couvert toute la scène.

A l'autopsie, on trouve les poumons fortement congestionnés. Sérosité citrine dans le péricarde. Cœur un peu volumineux offrant quelques caillots caséux; parois adipeuses. Foie volumineux et gras. Reins un peu atrophiés; sérosité huileuse sortant des bassinets.

Parois du crâne ordinaires; sinus de la dure-mère pleins de sérosité séro-sanguinolente; quelques adhérences avec l'arachnoïde infiltrée et épaissie.

A l'examen microscopique, on peut dire d'une manière générale que les vaisseaux sont normaux. A peine quelques-uns, qui forment une exception, offrent-ils du pigment. Il n'y a pas de rapprochement à établir avec l'observation précédente. Il est à noter que c'est dans le cervelet que ces vaisseaux ainsi maculés se sont montrés le moins rares.

Un grand nombre de cellules sont remplies de granulations graisseuses dans divers points des lobes cérébraux, notamment du côté de la convexité. Quelques-unes de ces cellules n'ont de granulations graisseuses qu'à leur circonférence, qui se trouve ainsi parfaitement dessinée. Dans le cervelet, le bulbe, la protubérance, les couches optiques, les corps striés, les cellules sont intactes. La substance blanche est partout normale. Rien du côté des tubes.

Des cristaux lamelleux se sont montrés nombreux dans une préparation; mais il est probable qu'ils ont pris naissance sous l'influence de l'addition successive d'acide acétique et d'acide chromique.

OBS. III. — Le nommé M... est entré à l'asile de Maréville le 12 avril 1865. Pas d'hérédité; il a fait de nombreux excès.

352 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il se présente dans un état de délire général chronique sub-aigu; tout enchaînement d'idées a disparu; l'attention est impossible, la verbosité extrême, l'agitation d'actes multiforme. La physionomie est très-vultueuse et offre des vergetures violacées; l'œil est fortement injecté; il y a inégalité pupillaire. La chaleur animale est diminuée. Il y a adynamie, empâtement de la marche sans incoordination évidente. Les fonctions digestives s'exécutent mal: mauvais appétit, alternances de constipation et de diarrhée; sécrétion urinaire abondante.

Pendant plusieurs mois l'état est stationnaire. Vers le mois d'août, le délire et l'agitation des actes commencent à tomber pour faire place à l'obtusion. En même temps on observe de la pesanteur dans l'attitude générale et de la lourdeur dans l'expression des divers modes de mouvement. La face devient plus couperosée et offre une teinte huileuse générale; les cheveux ont blanchi rapidement (1). Quelques fibrillations partielles s'accusent; toutefois, le défaut de netteté de l'articulation du langage est très-vague. La chaleur animale est normale; le cœur n'offre rien de spécial. Vers la fin du mois d'août, une attaque franche d'épilepsie apparaît après deux ou trois vertiges pris d'abord pour des signes précurseurs de congestion ou d'apoplexie. Peu après, la décadence mentale se prononce davantage, et la démence stupide sans alternances de réactions maniaques est formelle; les symptômes somatiques s'indiquent par une inarticulation des sons avec empâtement, dont la course a été galopante, une titubation intense des extrémités inférieures, voussure du tronc avec incurvation latérale droite, tremblements fibrillaires du visage, injection oculaire avec voussure du globe et inégalité pupillaire; les conditions de la vie organique se sont aussi altérées peu à peu et ont suivi rapidement

(1) C'est un signe dont l'importance s'accuse nettement dans la progression de la paralysie générale.

la dégradation de la vie de relation ; plus d'appétence, boulimie, diarrhées rémittentes ; état gâteux complet.

Le malade reste dans cet état d'impotence jusque vers la fin de l'année 1866, époque à laquelle on le trouve engraisé de façon à le rendre méconnaissable relativement aux conditions antérieures. Pendant cette année, les crises épileptiques ont toujours marché avec variations d'intensité.

Au mois de février 1867, le malade semble mieux ; il marche plus facilement, bredouille moins ; l'état gâteux cesse : l'attention se réveille, et on peut même l'occuper à quelques ouvrages élémentaires. Cette rémittence dure jusqu'au mois de juillet et, pendant ce temps, l'épilepsie qui, depuis son apparition, avait été continue, vient à se suspendre. Le 15 juillet, le malade est pris d'une forte congestion cérébrale qui le laisse pendant deux jours dans un profond coma avec diminution considérable de la chaleur animale et contractures du côté droit. Il sort encore de cette grave atteinte et peut même marcher pendant quelques jours ; mais l'impotence et la végétation reprennent leurs droits, les accès d'épilepsie réapparaissent et se renouvellent fréquemment ; le malade s'éteint peu à peu le 14 novembre.

Cette observation montre une fois de plus le délire général sans prédominances ambitieuses et une simultanéité très-franche des symptômes. Contrairement à ce qui arrive dans la paralysie générale, où l'épilepsie ne se montre guère qu'à la fin, la névrose a été ici une complication pendant le cours de la maladie.

A l'autopsie : poumons très-congestionnés ; cœur volumineux à parois graisseuses ; foie hypertrophié et graisseux ; reins anémiés ; petit intestin aminci ; épaissement de la muqueuse du gros intestin.

Parois du crâne normales. Quelques adhérences de la dure-mère à la boîte crânienne ; écoulement de sang gélatineux et de sérosité noirâtre lors de la section de la dure-mère ; infiltration des méninges et larges plaques d'exsudat.

354 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen histologique montre que les vaisseaux sont presque partout normaux. Ils le sont tous dans le cervelet. Dans les lobes cérébraux, après un grand nombre de préparations portant sur des points variés, nous n'en avons rencontré que deux ayant réellement dans leurs parois quelques granulations graisseuses mêlées à un plus grand nombre de cristaux d'hématine. Dans les différentes parties de l'encéphale, un grand nombre de vaisseaux se montrent décrivant des spires dans un large manchon renfermant beaucoup de cristaux d'hématine.

Les cellules offrent une dégénérescence graisseuse des plus accentuées sur un grand nombre de points des lobes cérébraux. Beaucoup en sont venues à se rapprocher de la forme ovoïde et renferment des granulations graisseuses plus volumineuses. On assiste à la démonstration du passage des cellules nerveuses aux corpuscules de Gluge incolores. Cette disposition se rencontre encore, et plus marquée peut-être dans la couche optique. Les cellules sont intactes dans le bulbe, la protubérance et le cervelet. Dans les lobes cérébraux et les couches optiques, on rencontre fréquemment des amas de globules graisseux sans enveloppe commune, et quelques amas informes de granulations jaunes qui font tache, beaucoup de plaques irrégulières de substance pigmentaire. Enfin, dans la couche optique en particulier, il y a de nombreux amas de cristaux d'hématine en dehors de l'atmosphère des vaisseaux.

Rien du côté des tubes.

OBS. IV. — Le nommé G... est entré à l'asile de Maréville le 20 mai 1864 ; il était atteint de délire général avec hallucinations de l'ouïe. La diffusion des pensées est totale ; les sentiments affectifs sont pervertis par exagération ; il y a prédominance d'idées mégalomaniaques. Les actes sont des plus extravagants.

Dès l'entrée, les symptômes somatiques étaient nettement dessinés : physionomie rouge, vultueuse ; œil très-brillant avec

voussure prononcée, très-injecté, inégalité des pupilles dont les phénomènes de contraction sont diminués; tremblement fibrillaire de la face; inarticulation du langage; marche empâtée; inclinaison latérale du tronc; sensibilité générale et locale émoussée; embarras gastriques fréquents; exagération de la sécrétion urinaire.

Cet état persiste tel quel jusqu'au milieu de 1866. A ce moment, et en même temps que la démence arrive, les fonctions organiques offrent une plus grande perversion, et la vie dynamique s'affaiblit de plus en plus. A la fin de l'année, il est gâteux et presque impotent. Bientôt il ne peut plus se tenir debout, et l'on est obligé de lui faire garder le lit; il n'y a plus rien que de végétatif chez le malade. Au mois de juillet 1867, des symptômes épileptiques s'accusent et laissent à leur suite une diarrhée incoercible. L'alimentation demande des soins tout particuliers par suite de la difficulté de déglutition. La sensibilité tactile est détruite; la chaleur animale est considérablement obscure et, au mois de septembre, de larges plaques gangréneuses apparaissent sur plusieurs points du corps et forment bientôt plaies. L'émaciation se caractérise de plus en plus, et la mort arrive par marasme le 1^{er} octobre 1867.

A l'autopsie, on trouve les poumons congestionnés; le cœur est un peu plus volumineux que de coutume sans être hypertrophié et contient des caillots stratifiés entre ses colonnes et dans l'artère pulmonaire; ses parois ont subi la dégénérescence graisseuse. Le foie est volumineux et graisseux. La rate est hypérémiée. Les reins sont pâles et graisseux, principalement dans la substance corticale.

Les parois du crâne sont ordinaires. Les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang. Plaques d'exsudats nombreux à la face antérieure de l'arachnoïde; sérosité roussâtre entre les feuillets; injection très-forte de la pie-mère sans adhérences au cerveau.

L'examen microscopique montre que les vaisseaux de la sub-

356 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

stance blanche, que nous trouverons presque toujours normaux chez les autres sujets, sont pour la plupart très-variqueux ; par places, ils sont englobés dans des masses très-considérables de granulations graisseuses ; ceux de la substance grise sont parsemés de plaques de pigment.

Dans la matière granuleuse de toutes les circonvolutions des lobes cérébraux, on aperçoit des agglomérations de granules graisseux libres. Les cellules renferment pour la plupart des granulations graisseuses ; mais, la dégénérescence des cellules est moins considérable que dans toutes les observations précédentes. Il faut excepter, toutefois, les couches optiques dont les cellules sont complètement déformées et remplies de granulations graisseuses auxquelles se trouve mêlée une certaine quantité de pigment.

Le cervelet, la protubérance, le bulbe, sont intacts. Les tubes sont partout normaux.

OBS. V. — Le nommé F... est entré le 5 décembre 1867 à l'asile de Maréville. Il est atteint de délire général aigu très-voisin de la chronicité. La diffusion des pensées est des plus extrêmes ; les sentiments sont annihilés ; le désordre d'actes est excessif.

La maladie remonterait à deux ans. F..., étant militaire, a beaucoup abusé des liqueurs fortes, et, quand il est revenu du service, on a pu remarquer que les facultés décroissaient. En même temps, on observait de l'insomnie, des bizarreries de goût et d'appétit, des embarras gastriques ayant plusieurs fois nécessité l'intervention du médecin. On voyait des exagérations de sensibilité ne reposant sur rien, quelques troubles passagers de la vue, des tremblements erratiques qui, d'abord périodiques, prirent le caractère continu ; il se fatiguait facilement ; les forces diminuaient, et bientôt tous les mouvements accusaient un défaut d'équilibre qui ne fit qu'augmenter. Les facultés semblaient graduellement et, peu de temps avant l'entrée, un

délire des plus aigus qu'avaient précédé des éblouissements fréquents s'empara du malade, et son admission eut lieu à l'asile.

Comme nous l'avons dit, l'état mental ne laisse aucun doute, et, de plus, on ne voit pas de prédominance de délire. Il n'y en a, du reste, jamais eu. L'état physique atteste une paralysie très-avancée ; le langage est tremblotant et inarticulé ; la face est vultueuse et vergetée ; les pupilles sont inégales et troublées dans leur contractilité ; la marche est lourde, irrégulière ; tous les mouvements sont dénués d'équilibre et l'on constate des fibrillations générales ; les fonctions de la peau sont perverses ; la chaleur animale est amoindrie. Le malade mange tout ce qu'on lui donne et avec boulimie ; il est gâteux et diarrhémique.

L'agitation du malade n'a cessé d'être aiguë. Il est mort quinze jours après son entrée, après avoir, la veille, offert une attaque épileptiforme.

Cette observation montre que les prédominances de délire ne sont pas des conditions prodromiques et symptomatiques formelles de la paralysie générale. Les renseignements qu'ont pu fournir les éléments de vie qui ont précédé l'entrée ont pu indiquer que les troubles de la vie animale et de la vie organique ont marché concurremment, entre eux d'abord, et d'une façon graduée avec les troubles de la vie mentale. L'élément congestif manifesté par la crise épileptiforme n'a pu que corroborer l'épuisement nerveux.

L'examen direct de l'encéphale ne montre que de la congestion.

Les ganglions cervicaux sont considérablement hypertrophiés et offrent à la coupe les caractères du tissu squirrheux. Le microscope y décèle une richesse anormale en tissu connectif et des cellules toutes excessivement teintées en brun jaunâtre par des granulations pigmentaires. Quelques-unes renferment en outre des granulations graisseuses. Nous ne trouvons, à travers un grand nombre de coupes des diverses régions de l'encéphale, qu'un seul vaisseau présentant un léger degré de

358 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

prolifération connective. En revanche, on trouve autour de presque tous beaucoup de globules de graisse; les mêmes globules apparaissent çà et là dans leur intérieur au milieu des hématies. Les cellules de tout le lobe frontal droit sont remplies de granulations graisseuses qui les déforment. Des amas de granulations graisseuses libres se rencontrent çà et là. Il en est de même, mais à un moindre degré, sur toute la base du cerveau. Partout ailleurs, les cellules se montrent normales. Dans le bulbe, la matière granuleuse est tachetée de nombreuses plaques de matière colorante roussâtre. Les tubes sont intacts, comme toujours.

OBS. VI. — Le nommé P..., sur lequel on n'a aucun renseignement, est entré à l'asile de Maréville le 13 décembre 1867. Il était dans le plus profond coma, et par conséquent dans un état absolu d'impotence. Il est extrêmement émacié; la face offre une teinte vergetée et huilo-terreuse; les pupilles sont inégales et dépourvues de contractilité; la chaleur animale est presque éteinte. Le malade offre plusieurs points gangrenés aux extrémités inférieures. Deux jours après, il sort du coma et manifeste du délire; l'articulation du langage ne laisse plus aucun doute sur la paralysie générale qu'on avait diagnostiquée. Il retombe rapidement dans l'état comateux, offre des fibrillations générales et permanentes, est gâteux avec diarrhée. Il meurt dans le dernier degré du marasme dix jours après son entrée.

L'examen microscopique montre une hypertrophie des ganglions cervicaux du grand sympathique qui sont toutefois moins consistants que chez le sujet précédent; on en trouve l'explication dans le stroma qui est criblé de cellules adipeuses. Le ganglion cervical inférieur droit est presque entièrement transformé en tissu adipeux. Beaucoup de cellules adipeuses sont colorées, soit en jaune foncé, soit en brun, soit en noir. Dans les ganglions thoraciques, le tissu connectif est

manifestement développé et se montre riche en fibres élastiques. Dans tous les ganglions, les cellules sont remplies de granulations pigmentaires; mais celles-ci sont moins foncées que chez le sujet précédent. D'une manière générale, les cellules du grand sympathique sont peu nombreuses.

Presque toutes les cellules des lobes cérébraux sont remplies de granulations graisseuses. Les vaisseaux et les tubes sont intacts.

Plusieurs fibres musculaires du cœur ont éprouvé la dégénérescence graisseuse.

OBS. VII. — Le nommé M... est entré le 24 novembre 1867 à l'asile de Maréville. Il n'a pas d'antécédents héréditaires et a toujours joui d'une bonne constitution jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans. A ce moment, il a éprouvé de vives contrariétés et s'est mis à boire d'une façon démesurée. Peu à peu le goût et l'appétit ont disparu, des dérangements d'estomac fréquents avec symptômes diarrhéiques se présentèrent; divers tremblements du corps apparurent accompagnés de défaillances intellectuelles qui prenaient périodiquement le caractère de délire aigu avec agitation sans prédominances psychiques.

Il entre à l'asile avec tous les symptômes d'une paralysie générale avancée. Il se tient difficilement debout, marche à petits pas et les pieds collés à terre; tout le corps accuse des tremblements fibrillaires généraux. La face est vergetée et d'une teinte huilo-terreuse; les papilles sont inégales avec voussure du globe de l'œil; la langue est embarrassée et l'articulation des sons hachée et tremblotante; incurvation latérale du tronc. Les fonctions organiques sont très-troublées; le malade avale difficilement, et il faut lui donner des aliments semi-liquides; il est gâteux et a la diarrhée; la chaleur animale est très-diminuée. Cet état reste stationnaire jusque vers le 15 décembre 1867. Alors, il ne peut plus du tout se tenir; on le met au lit, et le marasme progresse rapidement. Le 30 décembre, il tombe

360 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

dans un profond coma jusqu'au 2 janvier 1868, jour de la mort.

Les boissons, en altérant les phénomènes de nutrition, ont causé la paralysie générale. Les symptômes dynamiques, organiques et psychiques ont marché concurremment. Il n'y a pas eu de délire spécial.

L'examen microscopique montre que le stroma domine dans les ganglions cervicaux du grand sympathique, particulièrement dans le ganglion cervical droit supérieur où les cellules sont excessivement rares. Le tissu cellulaire présente aussi une abondance anormale dans les ganglions thoraciques et abdominaux. Il n'y a que dans les ganglions sacrés où les cellules sont nombreuses. Partout, elles renferment beaucoup de pigment brun; les filets émergents sont presque tous englobés dans des colonnes de cellules adipeuses.

Dans les lobes cérébraux, un seul vaisseau offre des points encroûtés de tissu cellulaire; la plupart sont encroûtés de pigment et de graisse; les cellules sont en grande partie dégénérées; le *summum* de la dégénérescence existe dans les corps striés. Les tubes sont intacts partout.

OBS. VIII. — La nommée Catherine G... est entrée à l'asile de Maréville, service de M. le docteur Bulard, le 2 juin 1866. C'est une femme de quarante ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, jadis forte, aujourd'hui extrêmement débilitée. On n'a pas de détails commémoratifs sur l'affection; tout ce qu'on sait c'est que la malade est, avant son entrée, restée longtemps dans un hospice.

La parole est traînante, difficile, balbutiante. On voit que toutes les qualités intellectuelles et morales sont anéanties, et cependant il y a encore des prédominances de délire tenant au cercle exagératif. La face est rouge, vergetée de sillons bleuâtres; l'œil est proéminent. Le corps est voûté, la démarche épaisse. Des troubles organiques que corrobore surtout l'état

gâteux viennent se joindre aux troubles divers de la vie de relation. La malade est, comme on le voit, en état de marasme paralytique et ne vit plus que végétativement. Le 14 mars 1867, elle eut une congestion qui la laissa plusieurs heures dans un état comateux. A partir de ce moment, on remarqua un affaiblissement de plus en plus marqué. Le 25 décembre, nouvelle attaque. Déviation de la face à droite, hémiplegie droite; perte absolue de connaissance pendant deux jours; puis, un certain réveil s'opère, mais la parole ne se manifeste que par des sons inarticulés. La malade reste un mois alitée et s'éteint graduellement le 21 janvier 1867.

Il est à remarquer que, si les paralysés généraux sont éminemment sujets aux congestions cérébrales, ces congestions ne les enlèvent pas toujours aussi rapidement qu'on pourrait le croire. Elles tendent à débilitier encore davantage les malades, à donner le coup de fouet à l'usure progressive de toutes les fonctions.

Examen microscopique. — Tous les ganglions du grand sympathique ont leurs cellules colorées en brun. Le tissu cellulaire forme la masse principale des ganglions cervicaux et thoraciques, où les cellules se montrent toujours assez rares. Un corps amyloïde volumineux existe dans le ganglion droit supérieur. Le ganglion cervical inférieur du même côté présente un vaisseau pigmenté; c'est là une exception.

Dans la moelle, on trouve, à toutes les régions, un grand nombre de cellules à teinte ferrugineuse.

Quelques vaisseaux de la pie-mère crânienne sont encroûtés et déformés par du tissu cellulaire. Dans les mailles du réseau vasculaire sont disséminées des cellules plasmatiques remplies de pigment noir.

Une bonne partie des cellules des lobes cérébraux sont remplies de granulations graisseuses; mais, c'est dans le plancher du quatrième ventricule qu'on trouve la dégénérescence graisseuse la plus intense.

362 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

OBS. IX. — Le nommé G... entre à l'asile de Maréville le 14 août 1867. Il est en démence et paralysé général très-avancé. Il peut à peine se tenir debout, s'affaisse en avant et offre en même temps une incurvation droite exagérée du tronc. La face est yergetée et offre une teinte terreuse; l'œil est en voussure et présente une diminution droite pupillaire. La chaleur animale, sauf à la tête, est diminuée. Des tremblements fibrillaires de tout le corps se manifestent. Les sensibilités générale et spéciale sont profondément affaissées. Le malade mange avec boulimie; il est gâteux.

Lors de l'entrée, on manquait de renseignements; mais, depuis, les parents nous ont appris que la maladie a débuté il y a deux ans. Il y a eu abus des boissons. D'abord, on n'avait fait que peu d'attention à des dérangements passagers d'estomac, aux bizarreries d'appétit, à des faiblesses musculaires, à des diarrhées légères et intermittentes, à des rougeurs fugaces de la face, au changement d'humeur, etc.; mais, peu à peu, ces symptômes étant devenus plus intenses en se compliquant d'embarras de la parole, de titubations, de perversions du goût.... et d'erreurs intellectuelles formelles, on se rappela les signes précurseurs qu'on n'avait considérés jusque-là que comme un malaise de peu d'importance. La maladie n'a pas offert d'intercessions, et les lésions de la vie animale et de la vie organique ont été accompagnées de délire général sans prédominance. Le malade a passé assez rapidement de la période maniaque à la démence.

G... est tombé très-vite dans l'impotence complète; le marasme de toutes les fonctions s'était produit au dernier degré lorsque, dans le courant de décembre, la mort est venue après deux congestions consécutives.

Examen microscopique. — Les cellules sont excessivement rares dans le ganglion cervical supérieur droit. Il n'est presque constitué que par du tissu cellulaire. Il n'y a qu'une quantité modérée de pigment dans les cellules. Le tissu

cellulaire domine aussi dans le ganglion cervical supérieur gauche.

Sclérose incontestable, et même rareté des cellules dans les ganglions thoraciques. Le tissu connectif s'y montre, toutefois, plus chargé de cellules adipeuses dont le contenu est coloré en jaune brun.

Dans les régions sacrée et lombaire, les cellules sont nombreuses et pigmentaires.

L'atmosphère celluleuse du grand splanchnique est comblée de cellules adipeuses fortement colorées et de plaques très-larges de pigment.

Les cellules du ganglion plexiforme du pneumogastrique renferment du pigment brun comme celles du grand sympathique ; mais, il n'y a pas de substitution ni de tissu cellulaire ni de graisse.

Une pigmentation analogue se montre dans les ganglions spinaux des racines postérieures ; mais, elle est moins prononcée et surtout moins générale. Il y a même beaucoup de cellules qui sont parfaitement incolores. La trame celluleuse de plusieurs ganglions est criblée de grains d'un noir foncé agglomérés d'une manière irrégulière. Deux corps amyloïdes se dessinent parfaitement à l'extrémité de l'un d'eux et sur le point de convergence d'une des racines.

Dans toutes les régions de la moelle épinière, et dans toutes les préparations, on aperçoit beaucoup de cellules à pigment roux. Dans une des cellules de la portion cervicale, on aperçoit deux grosses gouttes de graisse. La matière granuleuse de la même coupe est parsemée des mêmes gouttes. De plus, un raptus hémorrhagique se traduit par un amas de globules sanguins plus ou moins déformés.

Comme toujours, les vaisseaux de l'encéphale ne se signalent que par des taches de pigment et de graisse. La plupart des cellules ont éprouvé la dégénérescence graisseuse.

OBS. X. — Le nommé S... est entré le 12 décembre 1862

364 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

à l'asile. Il arrive de Charenton. Les renseignements commémoratifs indiquent que, depuis longues années, il était adonné aux boissons alcooliques. Les facultés intellectuelles et morales sont considérablement affaiblies, la mémoire est nulle. Il n'offre aucune trace de délire, est d'une apathie qui tend à l'automatisme. La parole de cet homme est lente, difficile, empâtée; il offre des tremblements fibrillaires du visage avec vultuosité et vergetures. La circulation est faible et irrégulière. L'inégalité des pupilles se fait remarquer avec voussure et grande vascularisation du globe de l'œil. Le malade est très-voûté, incurvé du côté droit (c'est de ce côté qu'existe la plus petite pupille), et marche les pieds écartés. Il y a désharmonie des mouvements et adynamie générale. Le sommeil est assez régulier. Les fonctions digestives s'effectuent, mais la sensation du goût est annihilée et les aliments sont pris végétativement et avec boulimie; l'état gâteux avec phénomènes diarrhéiques rémittents est prononcé.

Très-rapidement, S... tombe dans une démence stupide absolue et, concurremment, les fonctions de la vie animale et de la vie organique s'affaissent de plus en plus. Six ans se passent dans cet état de cachexie extrême. Dans les premiers jours de 1868, on vit le marasme prendre une forme galopante, et le malade s'alite entièrement. On constate alors une pneumonie double très-avancée qui était restée à l'état latent et qu'aucun symptôme général n'avait annoncée.

A l'autopsie, épanchement séro-sanguinolent dans les plèvres très-adhérentes. Hépatisation rouge du lobe supérieur du poumon droit; hépatisation grise intense du lobe inférieur; poumon gauche fortement congestionné. Cœur hypertrophié et graisseux; caillots stratifiés dans l'artère pulmonaire. Cyrrhose du foie. Reins graisseux. Amincissement de l'intestin. Muqueuse de la vessie épaissie.

La dure-mère est adhérente en plusieurs endroits aux parois du crâne; sérosité séro-sanguinolente plein les sinus; arachnoïde

épaissie, infiltrée et parsemée de plaques d'exsudat ; pie-mère fortement congestionnée.

Examen histologique. — Comme dans l'observation précédente, les cellules des divers ganglions des régions cervicale et thoracique du grand sympathique sont pigmentées et peu nombreuses. Le tissu cellulaire y domine. La pigmentation est plus accentuée dans les autres portions ; mais, la sclérose fait défaut.

Le pigment à teinte ferrugineuse plus ou moins intense se retrouve encore dans les cellules des ganglions spinaux et dans un grand nombre des cellules de la moelle.

Dans l'encéphale, les vaisseaux sont toujours parsemés de pigment noir et de granulations graisseuses. Un fait qui s'est répété aussi pour toutes les observations qui précèdent, quoique nous ne l'ayons pas signalé dans chaque description spéciale, c'est la présence de gros globes de graisse dans l'intérieur des vaisseaux.

La dégénérescence graisseuse est des plus intenses dans presque toutes les cellules des lobes cérébraux. La graisse s'y traduit même par une coloration jaunâtre. Dans le corps strié existe un point qui, à l'œil nu, est jaune et ramolli.

Les cellules ont disparu dans ce point, du moins sous le rapport de leurs formes habituelles ; elles y sont remplacées par des vésicules plus ou moins sphériques remplies de graisse souvent teintée en brun.

CONCLUSIONS.

1° Dans la paralysie générale, il y a quelquefois prolifération de tissu cellulaire autour des vaisseaux ; mais elle ne va jamais jusqu'à diminuer, et à plus forte raison jusqu'à effacer complètement la lumière de ces vaisseaux. Par conséquent, on ne peut pas attribuer les altérations fonctionnelles et matérielles du tissu nerveux proprement dit à un défaut d'apport du sang. En un mot, il n'y a pas sclérose de l'encéphale.

366 RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

2° La principale et constante altération de l'encéphale consiste dans la déformation et la dégénérescence graisseuse des cellules. On trouve en outre, mais moins souvent : 1° des globules de graisse libre au sein de la matière granuleuse, tantôt isolées, tantôt agglomérées ; 2° des amas de granulations à teinte ferrugineuse non entourées d'enveloppe commune ; 3° du pigment et de l'hématosine dans les parois des vaisseaux ainsi que des granules graisseux. Parfois, les granulations graisseuses forment de vastes agglomérations à la périphérie des vaisseaux. Souvent, on aperçoit d'énormes globules de graisse libre ou mêlés de globules de sang. Les tubes sont toujours intacts.

3° Nous n'avons trouvé d'autres modifications dans la moëlle qu'une plus grande abondance de granulations ferrugineuses dans les cellules qui avoisinent l'épendyme.

4° Les cellules de toute la chaîne du grand sympathique sont colorées par du pigment brun d'une manière beaucoup plus intense que chez d'autres sujets, quelle que soit l'affection qui les emporte. Dans les ganglions de la région cervicale, et souvent dans les ganglions de la région thoracique, il y a évidemment substitution de tissu cellulaire et de cellules adipeuses aux cellules nerveuses qui s'y montrent relativement très-rares. Tout nous porte à penser que là se trouve le point de départ anatomique de l'affection, et que les altérations de l'encéphale ne sont que la conséquence des troubles qu'entraîne dans la circulation cérébrale cette sclérose à effet paralytique des ganglions cervicaux. Il y a toujours une pigmentation très-marquée des ganglions spinaux et de ceux qui sont annexés aux nerfs crâniens. Les cellules adipeuses qui se sont substituées aux cellules nerveuses dans les ganglions du grand sympathique offrent souvent une coloration foncée qui peut aller jusqu'à la teinte noire.

5° Toutes les altérations que nous venons de décrire entraînent des troubles de nutrition dans la plupart des organes, troubles qui aboutissent souvent à la dégénérescence graisseuse

ou à d'autre modification de leurs éléments, et se traduisent physiologiquement par l'ataxie d'abord et ensuite par l'affaïssement de toutes les fonctions de la vie de relation et de la vie végétative.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

- FIG. 1. Figure théorique où se trouvent groupées les diverses altérations que peut présenter la substance grise cérébrale.
- a. Vaisseau avec plaques pigmentaires et hématosine dans ses parois.
 - b. Amas de globules de graisse enté sur la paroi du vaisseau.
 - c. Globule de graisse libre isolé.
 - d. Agglomération de globules de graisse libres.
 - e. Vaisseau capillaire présentant des globules de graisse au milieu des hématies.
 - f. Cellule nerveuse remplie de granulations graisseuses.
 - g. Vaisseau avec prolifération du tissu connectif.
 - h. Taches de couleur ferrugineuse.
- FIG. 2. Figure théorique destinée à montrer les diverses altérations qu'on peut rencontrer dans les ganglions du grand sympathique.
- a. Tissu cellulaire augmenté comme quantité et comme densité.
 - b. Vaisseau accompagné de traînées de pigment noir et rouille.
 - c. Cellules adipeuses non pigmentées paraissant s'être substituées à un département de cellules ganglionnaires.
 - d. Cellules adipeuses colorées par du pigment et envahissant les départements des cellules.
 - e. Cellules ganglionnaires très-rares et très-chargées de pigment.
- FIG. 3. Portion d'un ganglion spinal dont les cellules renferment un pigment moins foncé que celui des cellules du grand sympathique.
- FIG. 4. État de pigmentation d'un grand nombre de cellules de la moëlle épinière avoisinant l'épendyme.
-

QUELQUES FAITS

D'INDURATION CÉRÉBRALE

Par le docteur E. DUFOUR
Médecin adjoint de l'asile d'Armentières (Nord).

L'induration ou augmentation de consistance de la substance cérébrale est une altération de nature variable qui se rencontre dans certaines affections anciennes de cet organe. Parchappe (1), sur 120 cas de folie chronique, l'a rencontrée 37 fois, 40 fois sur 86 chez les paralyés généraux; il l'a notée 5 fois encore sur 14 observations de folie épileptique, soit environ un peu plus de 37 pour 100 cas d'aliénation mentale ancienne. La partie de son ouvrage qui a trait à l'idiotie a reçu trop peu de développement pour qu'on puisse songer, à l'aide des documents qu'elle renferme, à établir le degré de fréquence de l'induration dans cette maladie; cependant ses 6 observations d'idiots en renferment deux d'épileptiques dans lesquelles se rencontre notée la sclérose cérébrale. Scipion Pinel (2) donne la relation de 4 cas d'induration du cerveau : le premier se rapporte à une idiote épileptique, le troisième, à une idiote atteinte de contracture et de paralysie des membres. Dans la quatrième observation, l'altération cérébrale se continue dans les faisceaux postérieurs de la moelle; la malade qui en fait le sujet est une idiote de naissance, ayant présenté plus tard des symptômes qui se rapportent très-bien à ce que l'on connaît aujourd'hui de l'ataxie locomotrice. Le deuxième cas est celui d'une vieille femme atteinte depuis quelques

(1) Parchappe, *Traité théorique et pratique de la folie*, 1841.

(2) Scipion Pinel, *Traité de pathologie cérébrale*, 1844.

années de démence avec attaques de paralysie. A l'autopsie, on rencontre de petites cavités indurées traversées par des brides, quelques-unes contenant du liquide; enfin, dans quelques points, il existe un endurcissement de la substance blanche, qui a une consistance comparable à celle d'un blanc d'œuf cuit. Évidemment ce sont là des transformations ultimes d'un ramollissement cérébral. Nous voyons ainsi que l'induration peut se rencontrer dans des affections bien différentes. L'induration du cerveau variant, dans ces divers cas, de la simple dureté un peu plus grande à l'état complètement fibreux et élastique, on comprend qu'il existe des degrés intermédiaires, et combien aussi il est difficile de l'apprécier très-exactement lorsqu'elle se borne à une légère augmentation de la consistance du tissu cérébral. « C'est un travail fort ingrat, a dit Vogel (1), que de » vouloir considérer sous un point de vue général certains » états des parties du corps qu'on embrasse sous le nom collectif d'induration et de ramollissement, et qui n'ont rien ou » très-peu de chose seulement de commun ». Aussi n'est-ce point notre but, et nous bornerons-nous à des généralités très-restreintes avant de passer à l'examen des quelques faits qui font l'objet de ce mémoire. L'induration est quelquefois générale et le plus souvent partielle. Dans le premier cas, elle se borne à une augmentation légère de la consistance du tissu et peut coïncider avec une hypertrophie de l'organe. MM. Rilliet et Barthez, dans leur *Traité des maladies des enfants*, réunissent sous un seul et même titre l'étude de ces deux états morbides, qu'ils considèrent comme identiques. Quand la lésion est partielle, elle se rencontre, au contraire, avec l'atrophie de l'organe qu'elle affecte : c'est là la forme la plus fréquente qu'il nous est donné de rencontrer chez les aliénés.

L'induration peut être due à des causes diverses et qui varient

(1) Julius Vogel, *Anatomie pathologique générale*, traduit de l'allemand par Jourdan, 1847.

370 QUELQUES FAITS D'INDURATION CÉRÉBRALE.

dans beaucoup de cas : elle peut se rattacher, par exemple, à un état de vacuité plus ou moins grande des vaisseaux sanguins, les éléments solides. » Trouvant alors à faire valoir davantage » le degré de consistance qui leur est propre que quand ils » reçoivent une plus grande quantité de liquide sanguin, lequel, » à l'instar de tout autre liquide, diminue la consistance des » parties animales. » (Vogel, *loc. cit.*). Une augmentation de consistance légère, bien entendu, peut donc se produire en vertu d'une disposition moléculaire particulière des organes sans qu'il y ait production d'éléments nouveaux, mais souvent cet état anormal est dû à la formation d'un tissu pathologique que nous aurons lieu de décrire à propos de notre troisième observation.

L'induration cérébrale, suivant son siège, sa nature, suivant les circonstances diverses qui s'y rattachent, se traduit par des symptômes excessivement variables : troubles intellectuels, lésions de la motilité, qui ne permettent pas d'en faire une maladie spéciale, d'en décrire l'histoire, surtout d'en établir le diagnostic. On ne peut, pour le moment, que rechercher et étudier les faits particuliers qui s'y rapportent : tel est le but de ce travail.

PREMIÈRE OBSERVATION. — Chérini, fils de colons algériens, entre à l'asile d'Aix le 7 août 1863 et meurt le 11 juillet 1864. Age au moment du décès, douze ans. On n'a pas de renseignements sur ses antécédents. Pendant toute la durée de son séjour, il a présenté les symptômes de l'idiotie la plus complète ; il n'a jamais su parler ; il pousse de temps en temps quelques cris, il reste, toute la journée, assis à la même place, remuant un bâton entre les mains. Il est extrêmement chétif. Pendant l'été de 1864, il a presque constamment la diarrhée, ce qui détermine chez lui un prolapsus de la muqueuse rectale ; enfin, il meurt après être resté alité quelques jours ayant de la diarrhée comme d'habitude, de l'inappétence, un peu de fièvre.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Maigreur extrême du cadavre, tension considérable des parois de l'abdomen ; eschares en divers points de la peau qui n'ont pas été sujets à des pressions. Tête dolicocephale, os du crâne épais, les pariétaux ont en quelques points presque un centimètre d'épaisseur.

L'arachnoïde contient une grande quantité de sérosité dans sa cavité ; en quelques points, injection du tissu sous-arachnoïdien ; le long de la grande scissure médiane, épaissement et opalescence des membranes. Congestion de la pie-mère. Les hémisphères cérébraux sont très-petits, atrophies, surtout en avant, la substance cérébrale est généralement injectée. Les ventricules sont remplis de sérosité, ils sont dilatés outre mesure en arrière : la cavité digitale, à elle seule, est aussi grande que le reste du ventricule ; dans sa partie la plus postérieure, la substance cérébrale qui la limite est tellement amincie qu'en quelques points elle n'a que 1 ou 2 millimètres d'épaisseur ; extérieurement on y voit à peine la trace des circonvolutions. A droite, adhérence de la partie antérieure du corps strié avec la voûte du ventricule ; des deux côtés, induration fibroïde de la substance blanche qui forme le plancher, et plus particulièrement de la partie qui constitue la cavité ancyroïde. Cervelet énorme, aussi gros que celui d'un fort adulte. Thorax : cavité pleurale contenant des gaz fétides qui s'échappent, à l'incision ; sérosité roussâtre, la plèvre est tapissée d'une fausse membrane friable, noirâtre, de 2 millimètres d'épaisseur environ. Le poumon droit, de la grosseur du poing, est ratatiné et appliqué le long de la gouttière vertébrale, le gauche est sain. Cœur normal.

Les intestins sont distendus par des gaz. Dans l'intestin grêle, la tunique interne est légèrement injectée. La muqueuse du cæcum est rouge, ramollie, tomenteuse ; dans le reste du gros intestin, elle est moins enflammée.

Il est à remarquer que cet enfant, présentant une pleurésie

372 QUELQUES FAITS D'INDURATION CÉRÉBRALE.

intense, n'a donné aucun signe qui, pendant la vie, ait pu faire soupçonner cette maladie.

DEUXIÈME OBSERVATION. — Espistalier (Joseph) est aussi le fils d'un colon algérien; il est entré à l'asile d'Aix le 12 janvier 1864, et y est mort le 16 mai 1865, à l'âge de six ans. D'après les renseignements fournis, cet enfant est idiot et épileptique de naissance. Il est sujet à des accès fréquents et complets, il n'a jamais su parler, il pousse des cris continuels. Le 16 mai, au matin, il est trouvé mort dans son lit, dans le décubitus dorsal, la tête inclinée à gauche, la bouche remplie d'écume, les membres demi-fléchis et contractés, les mâchoires fortement serrées, la face est bleuâtre, même coloration sur les parties latérales du tronc, tympanite abdominale.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort. — Les téguments de la tête sont injectés, les os du crâne très-épais, les sutures sont ossifiées, le diploé est très-rouge. Les sinus de la dure-mère sont gorgés d'un sang noir qui s'écoule à l'incision. Arachnoïde en quelques points opaline et épaissie, particulièrement en arrière au niveau du lobule postérieur durci. Les membranes adhèrent en quelques points très-limités de la substance corticale, la substance grise est d'une couleur livide. Du côté gauche, les circonvolutions des lobes antérieur et moyen sont bien conformées, mais en petit nombre; dans la partie la plus postérieure de l'hémisphère, les circonvolutions sont petites, comme ratatinées, comparables à un chou-fleur; indurées, élastiques, elles offrent une coloration d'un rose clair qui contraste avec la teinte livide du reste du cerveau; elles se déchirent très-difficilement; les deux substances sont également durcies et paraissent confondues: en quelques points, la couche qui recouvre le ventricule a à peine 1 millimètre. A droite, les parties antérieure et moyenne de l'hémisphère sont comme de l'autre côté; les circonvolutions postérieures sont atrophiées, indurées, l'endurcissement est moins prononcé qu'à gauche; la résistance, à la coupe, est

analogue à celle que donnerait du fromage de Gruyère un peu sec, pour me servir d'un terme de comparaison admis dans l'espèce. Le plancher des ventricules est induré, la substance blanche y est résistante, presque élastique. Dilatation considérable de la cavité ancyroïde à gauche avec amincissement du tissu nerveux, qui dans ces points a une épaisseur qui varie de 1 à 3 millimètres. Cette altération ne s'observe pas dans l'hémisphère droit, dont le ventricule normalement conformé contraste avec celui du côté gauche. Ces cavités contiennent un peu de sérosité. Tout l'encéphale est congestionné. Le cervelet est très-gros. Thorax : cœur petit, contracté, exsangue. Poumons sains. Du côté gauche, épanchement de sang sous-pleural qui donne à toute la cavité thoracique une teinte généralement ecchymotique.

Rien de particulier à noter dans les autres organes.

TROISIÈME OBSERVATION. — Le nommé Lescouf (Paul), âgé de treize ans, entré à l'asile d'Armentières le 10 octobre 1867, y meurt le 3 avril 1868.

C'est un idiot de naissance, il est épileptique. Nous ne savons pas à quelle époque remonte l'épilepsie, toujours est-il qu'elle est ancienne. C'est un garçon assez bien conformé, vigoureux, n'ayant rien de désagréable dans la physionomie, bien qu'il ait la tête petite et le front bas et fuyant. Il sait à peine répondre aux questions qu'on lui adresse sur son nom, le lieu de sa naissance, ne peut dire son âge, ne sait pas distinguer les pièces de monnaie, etc ; en un mot, il témoigne d'une intelligence plus que rudimentaire ; il est très-irascible.

Il tombe parfois toutes les semaines, quelquefois plus souvent. Alors il a des crises répétées dans la même journée : elles offrent tous les caractères de grandes attaques d'épilepsie.

Le 19 mars, il entre dans une de ses mauvaises périodes : il a de fréquents accès qui le rendent très-agité, criard. Cet état dure trois jours pendant lesquels il a la face rouge, les pupilles dilatées, le pouls plein et fréquent, la peau chaude, baignée de

374 QUELQUES FAITS D'INDURATION CÉRÉBRALE.

sueur à certains moments. Il ne répond plus à aucune question. La sensibilité n'est pas éteinte chez lui, car il crie quand on lui pince les membres. Il est assoupi, il ne se réveille que pour pousser des cris ; cela s'observe surtout la nuit. Il a eu jusqu'à dix accès dans vingt-quatre heures. Le 2 avril, il est très-assoupi ; cependant il pousse encore des cris de temps en temps. Il est devenu insensible. La face est toujours rouge, les accès continuent, il meurt, le 3, dans une de ses crises.

Autopsie, le 4, trente heures après la mort, en présence de M. Mérier, médecin en chef. — Écume sanguinolente à la bouche. Tête brachicéphale. Les os du crâne sont injectés, il en est de même de la dure-mère et des enveloppes viscérales. Ces membranes sont épaissies et granuleuses, à droite, à l'endroit qui correspond en arrière au siège de l'induration.

Le cerveau est petit, surtout en avant, où les lobes frontaux ont un volume peu considérable. Leurs circonvolutions n'ont pas de profondeur, elles sont peu volumineuses. Ces lobes sont le siège, des deux côtés, d'un durcissement atrophique très-singulier : la substance corticale déprimée a en ces points une couleur rosée très-pâle qui tranche avec l'aspect injecté des autres circonvolutions ; les parties sclérosées sont ratatinées et ressemblent tout à fait comme forme et dimensions à un chou-fleur. A gauche, dans le lobe frontal, l'altération siège sur les première, deuxième et troisième circonvolutions de la face externe, elle n'envahit que les deux tiers postérieurs du lobe ; à la face interne et toujours en avant, la circonvolution, qui est immédiatement supérieure à celle de l'ourlet, est aussi pareillement atteinte. La substance grise est moins indurée que la blanche, on arrive à l'enlever assez facilement par le raclage, tandis que l'autre résiste et forme des crêtes saillantes très-dures, élastiques, et ayant en quelques points un aspect tout à fait fibreux, formant des espèces de brides lamineuses d'un aspect blanc nacré, ne se confondant pas avec le reste de la substance blanche, s'étendant des circonvolutions au centre ovale

de Vieussens et à la voûte des ventricules latéraux ; en pinçant un des points de cette surface, nous avons retiré une bandelette fibreuse se divisant en petites branches ramifiées, nous avons cru tout d'abord que c'était là un vaisseau pénétrant des ventricules dans le tissu nerveux ; mais, au microscope, nous avons reconnu que ces ramifications étaient composées exclusivement de tissu connectif lamellaire sans trace aucune d'organe vasculaire, qui peut-être, existant au début et ayant servi de conducteur au tissu nouveau, a été comprimé, atrophié, et finalement détruit par lui. A droite et tout à fait à la partie la plus reculée du lobe postérieur qui correspond à la cavité ancyroïde, il existe la même altération qu'aux lobes antérieurs. Quand le cerveau a été posé sur sa base, il a laissé écouler une certaine quantité de sérosité des ventricules, il s'est produit alors une dépression très-notable dans le point induré sur une surface de la largeur d'une pièce de 10 centimes. L'épaisseur de la couche susventriculaire varie entre 1 ou 2 millimètres ; les replis cérébraux, affaissés, ratatinés, se dessinent à peine sur une plaque d'un blanc rose très-induré.

Les ventricules latéraux contiennent un peu de sérosité, ils sont énormément dilatés, surtout dans leurs parties postérieures. C'est particulièrement la cavité ancyroïde qui a acquis une dimension excessive. Elle est, à elle seule, presque aussi grande que le reste du ventricule. Ce fait s'observe des deux côtés, mais il est plus marqué à droite. Les parties blanches de ces cavités sont indurées, élastiques, et se déchirent très-difficilement. Le cervelet est très-volumineux, aussi gros que celui d'un fort adulte.

Injection encéphalique générale.

Les poumons sont congestionnés, surtout en arrière. Les ventricules du cœur sont vides ; les oreillettes contiennent du sang non coagulé.

Les autres organes ne présentent rien de particulier à noter.

L'examen microscopique des parties altérées nous a dé-

376 QUELQUES FAITS D'INDURATION CÉRÉBRALE.

montré entre les éléments primitifs atrophés un tissu nouveau, le tissu conjonctif dans ses diverses phases d'évolution, composé en certains points de paquets de fibres lamineuses, avec tous leurs caractères bien dessinés et faciles, d'ailleurs, à reconnaître dans les parties les plus fibreuses ; ailleurs, l'altération est moins prononcée : nous rencontrons ces fibres éparses mélangées à des corps fusiformes, à de nombreux noyaux ovalaires à contenu granuleux, à d'autres noyaux sphériques ayant, à leur intérieur, des granulations analogues ; bien peu ont une enveloppe et constituent une cellule. Plus le degré de l'altération a été avancé, plus la quantité des fibres lamineuses a été grande. Les parties sclérosées sont peu vasculaires, cependant il y existe encore quelques vaisseaux dont quelques-uns m'ont paru plus particulièrement être entourés de la substance conjonctive. Autour d'eux les fibres étaient plus rapprochées et les noyaux plus nombreux ; ce qui me fait supposer qu'ils ont pu jouer un certain rôle dans le développement de la maladie, rôle accru encore par l'état congestif dans lequel ils se trouvent par suite des accès d'épilepsie.

Ces trois observations ont entre elles la plus grande analogie : l'atrophie, l'induration cérébrales, s'y rencontrent également, ainsi que l'énorme dilatation de la partie postérieure des ventricules latéraux. C'est là un état pathologique anormal qui est contraire à ce que l'on rencontre d'habitude, puisque Esquirol dit quelque part, dans son deuxième volume des *Maladies mentales*, « qu'il a trouvé chez presque tous les idiots les ventricules latéraux très-resserrés et d'une très-petite capacité ».

L'idiotie étant due à un trouble apporté dans le développement normal du système cérébral, on conçoit qu'elle puisse coïncider avec les conformations les plus opposées en apparence.

Si cette excessive dilatation peut, au besoin, dans les observations première et troisième, être rapportée au liquide qui se trouve dans les ventricules, il faut avouer qu'il n'est pas

possible, pour le fait n° 2, d'adopter cette explication, puisqu'une seule des cavités latérales est dilatée; la communication qui existe entre elles ne permet pas d'admettre cette hypothèse. On ne peut donc que rattacher au développement irrégulier de la substance nerveuse l'état anormal des cavités ventriculaires.

L'induration résulte, dans notre observation n° 3, d'un travail pathologique dû au développement d'un tissu particulier, à une modification de la substance intermédiaire aux éléments nerveux, que Virchow a nommée la *névroglie* et qu'il considère comme un équivalent du tissu conjonctif. C'est à la surface des ventricules, au-dessous de l'épithélium de l'épendyme, que la névroglie se rapproche le plus des caractères du tissu conjonctif ordinaire; aussi est-ce là que se rencontre le plus souvent l'induration. Les recherches du savant histologiste berlinois lui ont démontré l'existence d'une couche particulière sous l'épithélium des ventricules, couche ayant en certains points l'aspect du tissu conjonctif, et, en d'autres points, une consistance extrêmement molle, ce qui rend sa description très-difficile (1). « A la surface des ventricules cérébraux, on trouve » ordinairement des cellules fusiformes parallèles à la surface et » ressemblant à celles que l'on trouve dans les autres espèces du » tissu conjonctif ». Cette couche se perd, se confond insensiblement, avec la masse de la substance intermédiaire. On conçoit que ce soit là souvent le point de départ de la formation nouvelle.

Tous les auteurs ont noté la fréquence plus grande de l'induration dans la substance blanche: après l'exposé anatomique qui précède, cela s'explique aisément. Dans notre observation, elle est plus atteinte que la grise, et les éléments histologiques qu'elle présente sont à une période de formation plus avancée, ce qui nous fait penser que c'est par elle qu'a débuté le tissu nouveau.

Quelle a été l'origine de l'altération? A-t-elle été la cause de l'épilepsie ou en est-elle le résultat? C'est ce qu'il me semble

(1) Virchow, *Pathologie cellulaire*. Paris, 1861, p. 229 et 232.

378 QUELQUES FAITS D'INDURATION CÉRÉBRALE.

fort difficile d'élucider ; aussi ne nous appesantirons-nous pas davantage sur ce point.

La sclérose est un processus pathologique essentiellement atrophique qui arrive à ce résultat en comprimant les éléments constitutifs des tissus, en déterminant l'amoindrissement du calibre de leurs capillaires et par suite une gêne dans la circulation qui a pour conséquence de diminuer la nutrition et finalement le volume de l'organe ; aussi les éléments nerveux sclérosés sont-ils peu vasculaires.

On sait que « les méninges sont simplement le résultat d'une » séparation histologique de la substance qui forme le tube » cérébro-spinal chez l'embryon (1) ». Il n'est pas étonnant qu'une connexion intime les lie à l'organe qu'elles enveloppent et que, dans les maladies qui l'atteignent, elles soient très-souvent lésées ; à plus forte raison doit-il en être ainsi lorsque l'état est congénital et paraît s'être développé progressivement *ab ovo*, si je puis m'exprimer ainsi ; aussi, dans nos trois observations, constatons-nous l'épaississement, l'opalescence et la granulation des enveloppes viscérales, indice d'un travail analogue à celui qui s'est passé dans le cerveau. Au reste, quand la sclérose occupe la moelle, il arrive souvent qu'elle siège sur les enveloppes. D'après M. Jaccoud (2), Frérichs aurait déjà signalé cette particularité dans un mémoire sur la sclérose cérébrale.

En terminant ces quelques réflexions, faisons remarquer le développement excessif du cervelet, qui, chez des enfants de six, douze et treize ans, a acquis un volume comparable à celui d'un fort adulte : contrairement à ce qui arrive quelquefois lorsqu'un hémisphère cérébral s'atrophie, le lobe cérébelleux opposé diminue à son tour.

(1) Longet, *Physiologie*, t. II, p. 835.

(2) Jaccoud, *Les paraplégiés et l'ataxie du mouvement*.

CONSIDÉRATIONS PHARMACOLOGIQUES
SUR
L'ALCOOLATURE D'ACONIT NAPEL

Par M. A. LAILLER

Pharmacien en chef à l'asile de Quatre-Mares.

Dans un travail ayant pour titre : « Études médicales sur le rôle du système nerveux dans les affections intermittentes, et sur quelques moyens qu'on peut y opposer, principalement par le sulfate de quinine, les préparations d'aconit et le bromure de potassium », publié dans les *Annales médico-psychologiques*, juillet 1868, M. le docteur Le Menant des Chesnais appelle l'attention des médecins, et surtout de ceux qui s'occupent des maladies nerveuses, sur les propriétés de l'aconit, administré comme anti-périodique. Frappé des succès qu'il a obtenus de cet énergique médicament, il « prie ses confrères, surtout ceux qui sont placés dans les asiles d'aliénés, à expérimenter à leur tour une substance appelée à rendre d'importants services, si elle est appliquée avec discernement et si l'on fait usage d'une préparation sûre ».

Le savoir bien connu de M. Le Menant des Chesnais, la vieille réputation justement méritée de l'aconit napel, devant très-probablement susciter de nouveaux essais dans le traitement de certaines formes des affections nerveuses, il importe beaucoup, pour les expérimentateurs, d'être fixés sur la valeur de la préparation employée, car les échecs, s'il en survient, et en médecine ils sont inévitables, peuvent être imputés au médicament, ou laisser le praticien dans le doute. Or si, ainsi que le conseille l'auteur du travail, on consulte l'article de M. Debout, consigné dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, on y trouvera un passage qui est en opposition avec une observation de notre nouvelle pharmacopée française, ouvrage faisant loi dans nos officines, et dont la rédaction a été confiée à des savants dont les noms font autorité.

Voici un extrait de l'article de M. Debout : « les préparations fournies par l'aconit *cultivé*, quelque soin qu'on y apporte, quelque garantie que donne le talent de ceux qui ont présidé à leur confection, peuvent être regardées comme à peu près inertes, du moins nous ont-elles toujours paru l'être. »

L'observation du *Codex* de 1866 est ainsi formulée : « Plusieurs personnes ont pensé que l'inégalité d'action reprochée aux préparations d'aconit tenait à ce qu'on employait tantôt la plante sauvage qui, d'après elles, serait plus active, tantôt la plante cultivée. Cette inégalité d'action provient plutôt soit de l'âge des feuilles qui n'ont pas toujours été prises à l'époque la plus convenable, soit d'un mode défectueux de préparation. »

Ces deux préceptes sont évidemment opposés l'un à l'autre, et peuvent mettre dans l'incertitude le praticien qui veut expérimenter l'action de l'aconit ; aussi je crois devoir rappeler sommairement une expérience que j'ai faite et que j'ai publiée, en novembre 1866, dans le *Répertoire de pharmacie*, journal de M. le professeur Bouchardat.

M. le docteur E. Dumesnil, directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares, dans ses nombreuses applications de la thérapeutique au traitement de l'aliénation mentale, avait prescrit, à titre d'essai, à un certain nombre de malades atteints de folie hallucinatoire chronique l'alcoolature d'aconit, dont l'action sur le système nerveux lui était parfaitement connue. Quoique le traitement ait été suivi pendant plusieurs mois, on n'eut à constater aucun succès, et il ne vint point à l'esprit de M. Dumesnil, ni au mien, que le mécompte dût être imputé à l'alcoolature qui avait été préparée avec la plante cultivée.

Quelque temps après, en lisant les articles consignés dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, je trouvai le travail de M. Debout. La phrase que j'ai transcrite plus haut appela tout particulièrement mon attention ; il m'était permis, après l'affirmation de l'auteur, de douter de la valeur de ma préparation, et mon doute était d'autant plus légitime que M. Debout a avancé avoir pris 15 à 20 grammes d'al-

coolature sans éprouver aucun des effets physiologiques de l'aconit. 'Pour m'éclairer, j'ai eu recours à une expérience toxicologique.

A cet effet, j'ai administré à une chatte le résidu de l'évaporation au bain-marie de 10 grammes de mon alcoolature d'aconit. Une heure environ après l'ingestion de cette substance, la chatte ressentit les premiers symptômes de l'empoisonnement, et pendant vingt heures elle éprouva les effets toxiques de l'aconit. D'abord son attitude était anxieuse, sa langue était sèche, elle faisait entendre des miaulements plaintifs, puis sa marche devint titubante, les membres postérieurs paraissaient frappés de paralysie ; enfin elle tomba dans le coma accompagné d'une grande gêne de la respiration et de soubresauts. Cependant elle n'en mourut pas.

Cette expérience suffit pour me convaincre que l'alcoolature préparée avec la plante cultivée réunissait bien les propriétés de l'aconit ; et, d'ailleurs, comment refuser à l'aconit cultivé une action vénéneuse, quand on voit si fréquemment des empoisonnements causés par l'ingestion d'aliments, dans la composition desquels la racine d'aconit napel cultivé dans les jardins a été introduite par mégarde à cause de sa ressemblance avec les petits navets ? Ces empoisonnements sont toujours très-graves, quand ils ne sont pas mortels, et prouvent péremptoirement que la plante peut être rangée parmi les substances toxiques.

Que l'aconit employé dans les préparations médicamenteuses soit à l'état sauvage ou cultivé, ce qu'il importe d'observer comme garantie, c'est le choix de la plante, le moment opportun de sa récolte, et le soin que réclame la confection du médicament dont elle fait la base. C'est au pharmacien qu'incombe le devoir de s'astreindre à l'exécution fidèle et consciencieuse de la préparation, c'est à lui de remettre dans les mains du médecin une substance dont les effets physiologiques assurés peuvent conduire à des résultats thérapeutiques.

Médecine légale.

RAPPORT

SUR

L'ÉTAT MENTAL DE M. E. M...

Par le docteur LAFFITTE,

Directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Rennes,
Membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Nous soussignés, Delacour, professeur à l'École de médecine de Rennes, Aubrée, professeur-adjoint à la même École, et Laffitte, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Rennes, commis par jugement du tribunal en date du 24 avril 1866, à l'effet de visiter le sieur M..., de déterminer l'état de ses facultés intellectuelles et de s'expliquer sur les dangers pouvant résulter de cette situation.

Après avoir prêté serment, pris connaissance des documents mis à notre disposition, visité à diverses reprises le susnommé, avons dressé le rapport suivant :

Avant d'exposer le résultat de notre appréciation sur l'état actuel des facultés de M. M..., nous croyons utile d'extraire du dossier très-complet qui nous a été communiqué et de résumer brièvement les faits qui se rapportent plus spécialement à sa situation mentale pendant ces dernières années.

Une étude attentive de ses antécédents, pendant cette période de sa vie, en nous faisant connaître ses idées habituelles, ses passions dominantes, nous permet, en effet, de découvrir, soit dans sa conduite, soit dans ses actes, soit dans ses écrits, des dispositions morbides qu'il nous est facile de rattacher aux faits plus récents qu'il nous a été donné d'observer nous-mêmes.

Notons d'abord, au point de vue de l'hérédité, sa double

prédisposition à la folie; une de ses tantes maternelles était aliénée, et son père est mort en état de démence après avoir offert des signes non douteux d'une affection cérébrale.

Quant à M. E. M..., les renseignements sur ses antécédents jusqu'en 1860 nous font à peu près complètement défaut; avant cette époque, il est vrai, sa conduite dans quelques circonstances avait paru étrange; mais on avait mis sur le compte de son imagination dérégulée et de ses passions violentes ce qu'il y avait d'anormal dans les actes honteux qui lui étaient reprochés.

Quoi qu'il en soit, dans le mois de mai 1860, M. E. M... se trouvant chez M. le maire de Saint-Grégoire, tient des propos si extravagants que celui-ci, effrayé, s'empresse de le faire reconduire à Rennes par ses deux fils; durant le trajet, il tire un pistolet de sa poche, et ce n'est qu'à grand'peine qu'on parvient à le désarmer. Arrivé dans la ville, il ouvre brusquement la portière de la voiture et se sauve en courant; sans s'arrêter, il se rend à Noyal, passe quelques instants chez M. Bellamy, qu'il menace de son couteau en proférant des menaces contre la vie de l'Empereur; il s'échappe de nouveau et arrive le lendemain à Châteaubourg, après avoir passé la nuit dans les champs. Arrêté quelques jours après à Paris, dans un état presque complet de nudité, M. E. M... est conduit à la Maison impériale de Charenton, où M. le docteur Calmeil, médecin en chef, constate qu'il est atteint de lypémanie avec hallucinations qui le portent à se croire l'objet de la haine de ses semblables; par moment, sous l'influence d'une exaltation passagère, il se croit appelé à de hautes destinées, écrit de nombreuses lettres aux personnages les plus haut placés, etc.; dans une note jointe au dossier, M. Calmeil ajoute que M. E. M... a fini par dissimuler ses idées ambitieuses, ses idées de craintes, ses hallucinations, et par vivre à la manière des individus à demi raisonnables, et qu'il est sorti de Charenton *non guéri* dans une période de rémission.

384 RAPPORT SUR L'ÉTAT MENTAL DE M. E. M...

En 1864, M. E. M... est poursuivi pour outrage public à la pudeur.

Les locataires de la maison qu'il habite viennent déposer que depuis longtemps il est un sujet d'effroi dans le quartier; qu'il se tient presque constamment à l'affût derrière la porte de son appartement, et que, dès qu'il entend une femme dans les escaliers, il se précipite complètement nu sur elle, la poursuivant si elle veut s'échapper, et cherchant à l'entraîner avec violence chez lui. Ces faits se renouvellent d'autant plus fréquemment que plusieurs étages de la maison sont occupés par des industries qui emploient un certain nombre d'ouvrières.

En dehors de ces actes de lubricité satyriatique, il ressort de la déposition de plusieurs témoins que, sous l'influence d'hallucinations de l'ouïe, M. E. M... cherche, les armes à la main, les ennemis qu'il croit cachés dans la maison. C'est ainsi qu'il s'est présenté un soir, une épée nue à la main, chez M. Chevrolay, tailleur, qui loge à l'étage supérieur, et qu'on l'a rencontré une autre fois un pistolet à la main.

Déclaré irresponsable pour cause d'insanité d'esprit, aux termes d'une ordonnance de M. le juge d'instruction du tribunal de première instance de Rennes, en date du 3 octobre 1864, M. E. M... fut placé, le 5 du même mois à l'asile d'aliénés de Rennes, en vertu d'un arrêté préfectoral du 5 octobre 1864.

Les nombreux certificats adressés à l'autorité administrative ou judiciaire par le médecin de l'asile constatent que M. E. M... est atteint de monomanie avec hallucinations et illusions de la vue, de l'ouïe et du goût, et qu'il doit être considéré comme dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes. Le 23 novembre suivant, malgré l'avis contraire du médecin et en vertu d'un arrêté préfectoral, M. E. M... sort de l'asile; mais à peine est-il rentré chez lui, qu'il recommence ses poursuites lubriques contre les femmes qui entrent dans la maison, et c'est à la suite d'une altercation à propos de ses tentatives sur

une jeune fille que, sous le plus futile prétexte, il tire un coup de pistolet à madame Chrétien.

Chargés à cette époque de l'examen de M. E. M..., deux d'entre nous n'ont pas hésité à le déclarer irresponsable de ses actes et à le considérer comme aliéné dangereux ; en conséquence, et aux termes d'une ordonnance de M. le juge d'instruction, il fut mis à la disposition de l'autorité administrative, qui, pour la troisième fois, ordonna sa séquestration à l'asile, 12 mai 1865.

Depuis cette époque, le médecin de l'établissement, se basant sur une observation de tous les instants, n'a cessé, dans tous ses rapports, d'affirmer de la manière la plus positive l'insanité d'esprit de M. E. M..., ses tendances dangereuses, et de le signaler comme un aliéné d'autant plus à craindre, qu'il peut, dans certaines circonstances, conserver assez d'empire sur lui-même pour dissimuler son délire.

OBSERVATION DIRECTE.

M. E. M... est âgé de cinquante-cinq ans ; c'est un homme d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution ; la coloration du visage, toujours rouge et animé, semble indiquer une congestion active et habituelle des organes encéphaliques ; l'œil est, du reste, vif, intelligent, la parole libre, dégagée, sans embarras appréciable ; la démarche est ferme et assurée, les mouvements libres ; la sensibilité générale est conservée ; toutes ses fonctions s'accomplissent régulièrement ; sa contenance est sans embarras, sa tenue parfaite.

M. E. M... répond avec lucidité et précision aux diverses questions qu'on lui adresse sur son âge, sa profession, les divers incidents de sa vie passée ; la mémoire ne lui fait pas défaut ; il nous entretient de ses relations avec de hauts personnages et de ses communications aux sociétés savantes dont il fait partie ; si, précisant davantage, on l'interroge sur les faits qui, à diverses reprises, ont motivé sa séquestration, il

386 RAPPORT SUR L'ÉTAT MENTAL DE M. E. M...

répond sans le moindre embarras que ces faits ne sont pas sérieux, que les informations de la justice ne sont pas exactes ; si on lui met sous les yeux des témoignages qui le condamnent, il nie formellement.

L'interrogatoire de M. E. M... a, du reste, présenté des difficultés très-sérieuses ; non pas qu'il ait refusé de répondre, il s'est prêté, au contraire, de très-bonne grâce à nos investigations ; mais la difficulté gisait surtout à l'amener sur le terrain de son délire. Doué, en effet, d'une grande puissance de dissimulation dont il use très-habilement, M. E. M... conserve assez d'empire sur lui devant les médecins comme devant les magistrats, pour en imposer. Pour obtenir les réponses que nous allons reproduire, nous avons été obligé d'user de mille subterfuges ; et ce n'est qu'à la longue et à des intervalles très-éloignés, qu'il nous a été possible de l'amener, par surprise et comme à son insu, à nous dévoiler quelques-unes de ses idées. Habile et intelligent, M. E. M... a parfaitement compris, par les nombreux interrogatoires qu'il a subis depuis quelques années, que c'étaient ses hallucinations et ses idées de persécution qui le faisaient considérer comme aliéné dangereux ; aussi est-il devenu très-défiant et se tient-il sur toutes ces questions dans une réserve extrême ; si parfois il lui échappe un mot qu'il suppose avoir produit sur notre esprit une impression confirmative de ses idées délirantes, il s'empresse aussitôt de l'expliquer d'une manière très-adroite pour éloigner l'idée qu'il a pu trahir son délire ; il a poussé la ruse et la dissimulation au point qu'à diverses reprises, ayant eu besoin de son concours pour déchiffrer ses lettres, et, pendant que du doigt nous lui indiquions les passages que nous ne pouvions lire, il lisait toute autre chose si la phrase indiquée lui paraissait peu raisonnable.

Nous ne mentionnerons, dans les réponses que nous allons reproduire, que les faits qui ont trait à son délire et sur lesquels nous tenions à être plus particulièrement fixé.

D. — Vous avez été suspendu de vos fonctions d'avocat : pourriez-vous nous dire les motifs qui ont déterminé le conseil de l'ordre à prendre cette grave mesure à votre égard ?

R. — Les faits qu'on m'a reprochés à cette époque n'étaient point sérieux ; la fille qui a porté plainte était une *drôlesse* à qui mes confrères avaient fait la leçon ; c'était un piège qu'on voulait me tendre.

D. — Quel intérêt pouvaient avoir les avocats de Rennes à vous empêcher de plaider ?

R. — Ils étaient jaloux de ma position et de mes succès au barreau ; et, d'un autre côté, ma fortune me permettant de ne point demander d'honoraires, ils me reprochaient de ne point me faire payer ; j'ai eu souvent des discussions très-vives avec quelques-uns d'entre eux ; ils se sont alors concertés pour me perdre, mais ils n'ont point réussi.

D. — Vous rappelez-vous ce qui s'est passé à Saint-Grégoire, quelques jours avant votre départ pour Paris, au mois de mai 1860 ?

R. — J'ai ces souvenirs très-présents. Me trouvant à la campagne du côté de Saint-Grégoire, j'entrai chez M. Lejariel, que je voyais quelquefois à la Société philharmonique ; il m'invita gracieusement à dîner ; j'acceptai son offre, mais j'eus lieu de m'en repentir ; ses dispositions ne tardèrent point à changer, et je m'aperçus bientôt qu'il se passait quelque chose d'étrange, surtout quand son gendre, M. Duval, fut arrivé.

D. — A quoi attribuez-vous ces changements ?

R. — M. Lejariel me gardait probablement rancune de ce que je n'avais point voulu épouser sa fille, et M. Duval devait partager les sentiments de son beau-père ; je le remarquai fort bien.

D. — L'invitation qu'on vous a faite, cependant, ne semble pas l'indiquer ; dans tous les cas, vous avez tenu des propos qui ont effrayé vos hôtes ?

R. — Nullement ; mais dès que j'ai vu qu'on ne me regar-

ne daît pas d'un bon œil, j'ai demandé à me retirer. M. Lejariel a tenu à me faire conduire dans sa voiture par son fils et son gendre; je ne voulais pas accepter, mais ces messieurs m'ont pour ainsi dire forcé de monter en voiture.

D. — N'avez-vous pas menacé de tirer un coup de pistolet ?

R. — Je n'ai menacé personne ; mais ces messieurs, voyant que je tirais un pistolet de ma poche, se sont jetés sur moi pour me l'arracher, et j'ai lutté pour me défendre.

D. — Arrivé à Rennes, au lieu de rentrer dans votre domicile, vous vous êtes dirigé sur Noyal et vous êtes allé chez le maire, M. Bellamy.

R. — Je connaissais M. Bellamy ; et, passant à Noyal, j'ai cru devoir le saluer. Il m'a ensuite invité à prendre un verre de vin que j'ai d'abord refusé ; mais j'ai cédé devant son insistance ; j'ai eu peut-être tort, car son vin avait un goût âcre tout particulier ; et M. Bellamy, étant sorti un instant, est bientôt rentré dans de mauvaises dispositions à mon égard.

D. — Avez-vous menacé de votre couteau M. Bellamy ?

R. — J'ai pu tirer mon couteau de ma poche ; mais je n'ai point eu l'intention de faire de mal à qui que ce soit.

D. — Pendant votre séjour à Paris, vous avez eu des relations avec de hauts personnages ?

R. — Comme membre de plusieurs sociétés savantes, j'ai vu souvent, en effet, de très-hauts personnages, qui m'ont fait l'honneur de m'inviter à aller chez eux ; c'est ainsi que j'ai connu M. Rouland, alors ministre de l'instruction publique, et que je lui ai remis un mémoire ; certes, il ne dépendait que de moi d'accepter, dans ce moment, de hautes fonctions administratives.

D. — Vous avez peut-être eu tort ; vous auriez pu rendre de grands services en faisant connaître vos idées ?

R. — Mes idées et mes projets ont été réalisés ou sont en voie de l'être ; ainsi, pour les embellissements de Paris, lorsque je traversais un quartier, je cherchais à me rendre compte des

travaux qu'il était nécessaire d'exécuter pour l'assainir et l'embellir ; je faisais un mémoire que j'allais déposer à la boîte des Tuileries ou au ministère de la marine, et, quelques jours après, les travaux commençaient suivant les indications que j'avais données.

D. — A qui étaient adressés ces mémoires, et pourquoi les jetiez-vous dans la boîte du ministère de la marine ?

R. — C'était à l'Empereur lui-même ; et je les déposais dans la boîte du ministère de la marine parce qu'il y avait un poste de gendarmerie et que j'étais sûr qu'ils arriveraient à leur adresse ; il n'en eût peut-être pas été ainsi ailleurs.

D. — Connaissez-vous personnellement l'Empereur et l'Impératrice ?

R. — Je les connais beaucoup, et ils m'ont salué en souriant bien souvent aux Champs-Élysées ou au bois de Boulogne. J'ai vu l'Empereur un matin, à l'hôtel du Louvre, dans un magasin de photographies ; je me suis approché de lui, et, sans vouloir trahir son incognito, j'ai acheté sa photographie que je lui ai montrée en disant : *Voilà celui que j'aime.*

D. — Quelles étaient vos relations avec l'ancien directeur de l'asile ?

R. — Je vivais en d'excellents termes avec lui ; cependant je ne le crois pas de mes amis, puisqu'il ne m'a pas donné ma liberté, que je n'ai cessé de lui demander ; du reste, il est possible qu'il soit ici sous un autre nom ; je vois, en effet, passer souvent des figures qui ressemblent singulièrement à la sienne ainsi qu'à celles de ses enfants.

D. — Quelles raisons avez-vous pour supposer qu'il n'est point parti ?

R. — Ceci est mon affaire et me regarde personnellement ; il est, du reste, facile aux médecins aliénistes de changer la figure des gens ; ceci se pratique journellement à Saint-Méen, et les internes pourraient vous en donner des nouvelles, car

c'est dans leur chambre et avec leur concours que s'opèrent ces transformations.

D. — Est-ce dans le but de vous nuire que toutes les figures que vous voyez entrer à l'asile sont ensuite changées ?

R. — Je n'en sais rien ; je ne pense pas que ce soit dans le but de m'être agréable ; ainsi M. Sauvage, votre surveillant en chef, n'est autre que M. Rihet, commandant en retraite à Rennes, et qui habite rue d'Estrées, n° 4, au troisième.

D. — Pourquoi voulez-vous que M. Rihet vous poursuive jusque dans Saint-Méen ?

R. — Avant qu'il eût sa retraite et qu'il fût rentré à Rennes, j'étais parfaitement reçu chez les dames Beaugrand, qui m'avaient invité à aller chez elles ; à son arrivée, comme il connaissait ces dames, il a été probablement jaloux du gracieux accueil que je recevais dans la maison ; je l'ai aperçu un jour dans les champs de Saint-Méen avec M. Malfilâtre, et, quelques instants après, étant rentré, je l'ai vu se présenter à la porte en habit noir. Du reste, le concierge de l'asile s'appelant Rihet, il y a là-dessus quelque chose qui n'est pas très-clair.

Tels sont, au point de vue de ses idées délirantes, les principaux renseignements que nous avons pu recueillir de la bouche même de M. E. M... ; ils sont évidemment caractéristiques ; mais comme ces témoignages incontestables de ses aberrations intellectuelles et sensorielles pourraient, ce qui pourtant nous paraît impossible, étant habilement interprétés, perdre de leur importance, peut-être même être niés, nous avons tenu, pour asseoir notre jugement sur des bases solides et rendre la folie de M. E. M... évidente pour tous, à nous entourer de preuves et de faits irrécusables ; or, ces éléments de conviction abondent tellement dans la nombreuse correspondance de M. E. M..., et dans ses divers écrits, que nous n'avons réellement que l'embarras du choix.

On comprendra, d'ailleurs, les difficultés que nous avons rencontrées dans le dépouillement de ces diverses pièces, quand

on saura que nous avons dû lire près de mille lettres absolument semblables, comme représentation graphique, à celles que nous joignons à notre rapport, et dont nous avons extrait les passages que nous allons citer. Toutes, d'ailleurs, commencent invariablement par ces mots :

» *M. M... (E. A.), avocat et propriétaire, n° 9, rue de la Motte-Fablet, à Rennes (Ille-et-Vilaine), membre de plusieurs sociétés savantes, etc., etc., à M. *** »*,

et sont signées :

« M... DE VITRÉ. »

I. — Extrait d'une lettre adressée à mademoiselle Marie Cochet, domestique de M. E. M..., 6 octobre 1866.

« On m'a dit que Brizé (un des infirmiers de l'asile) prenait mon nom et ma figure ; je le lui défends expressément. »

II. — Extrait d'une lettre adressée à M. le Préfet d'Ille-et-Vilaine, 17 septembre 1866.

« Si je vous disais que Le Menant des Chesnais est encore à Saint-Méen sous une autre forme avec ses deux fils ? Ce qui se passe à Saint-Méen, c'est l'amour entre hommes, la passion effrénée pour le vin, le cidre et les jouissances prolongées. »

III. — Extrait d'une lettre adressée à mademoiselle Marie Cochet, 22 août 1866.

« La sœur Stéphanie (religieuse de l'asile) et Brizé (infirmier) sont fils de Berthois (pensionnaire), comme je vous l'ai déjà dit ; le pauvre père Berthois fait tout ce qu'il peut ; mais il n'est pas libre ; j'en ai déjà parlé à la préfecture.

» L'interne Aubrée n'est que le Tom-Pouce des temps passés ; J. Hermangé n'est que le fils de Le Menant. Comment voulez-vous que je vive au milieu de tous ces conflits ? »

IV. — Extrait d'une lettre adressée à Monseigneur l'Archevêque de Rennes, 18 octobre 1866.

« J'ai fait cette nuit un singulier rêve ; je n'ose vous décrire

392 RAPPÔRT SUR L'ÉTAT MENTAL DE M. E. M...

lequel ; c'est que je n'approuve en aucune façon les jouissances entre hommes, de quelque façon qu'elles s'obtiennent ; je les ignore et je veux toujours les ignorer, parce qu'elles méritent condamnation à différents points de vue. »

V. — Extrait d'une lettre adressée à Monseigneur l'Archevêque de Rennes, 28 octobre 1866.

« Cette nuit encore....., on m'a fait rêver à des jouissances avec des hommes ou plutôt de jeunes garçons ; de l'idée à la réalité, il n'y a pas loin ; pourtant je ne veux pas céder, je ne céderai jamais à cette tentation ; je ne conçois qu'un plaisir permis, la jouissance avec des femmes, et cela par des raisons que vous comprenez facilement. »

VI. — Extrait d'une lettre adressée à Monseigneur Godefroy, archevêque de Rennes, 14 mai 1866.

« Je n'aime que la femme et non l'homme, et ce n'est pas à Saint-Méen que je puis en trouver ; vous ne devez pas oublier que c'est moi qui, tout faible, tout petit que je suis, ai soutenu et soutiens encore de toutes mes forces et l'Empereur des Français et le Pape des catholiques. Je ne suis pourtant en France, comme vous, qu'un tout petit souverain. »

VII. — Extrait d'une lettre adressée au Directeur de l'asile, 10 décembre 1866.

« Tout à l'heure, comme je rentrais, j'ai entendu derrière moi comme un pas chaussé de chaussons qui me suivait et qui a fermé sa porte ; ce doit être Vromet, qui a sa chambre dans le corridor. Il croyait peut-être me faire peur, il a eu tort ; je ne suis pas facile à effrayer. »

VIII. — Extrait d'une lettre adressée à mademoiselle Marie Cochet, 23 août 1866.

« J'ai vu tout à l'heure un monsieur qui m'a dit qu'il s'appelait Laffitte, et pourtant il ressemble beaucoup à un professeur de mathématiques que j'ai vu au lycée. »

IX. — Extrait d'une lettre adressée au Directeur de l'asile,
22 août 1866.

« Je n'ai pu encore voir ma domestique, et je crains qu'un crime n'ait été commis contre elle.... J'étais mandé à Paris par deux familles puissantes afin d'y être parrain et marié. »

X. — Extrait d'une lettre adressée à M. le Préfet d'Ille-et-Vilaine,
18 juin 1866.

« Il faudrait défendre à Rennes, comme partout, de se frotter avec certaines drogues très-dangereuses. »

XI. — Extrait d'une lettre adressée à M. Denis, avoué à Rennes,
27 mai 1866.

« J'ai entendu cette nuit comme une clef tournant dans la serrure de la porte de l'enclos, qui est sous ma chambre ; après, une vitre a volé en éclats sous un coup fortement appliqué. »

XII. — Extrait d'une lettre adressée à M. le docteur Pinault,
24 août 1866.

« Songez bien à une chose : c'est que la privation de la liberté d'un seul engage la responsabilité des autres, et la vôtre notamment ; que le désordre non mérité jeté dans les affaires d'autrui entraîne forcément le désordre dans les affaires de ceux qui ne veulent pas laisser retourner dans leur domicile et à leurs occupations, et notamment dans les vôtres. »

XIII. — Extrait d'une lettre adressée à M. le Préfet, 29 août 1866.

« Je crois vous l'avoir déjà écrit : qu'un seul homme libre injustement renfermé à Saint-Méen comme aliéné suffirait pour faire condamner le monde entier au supplice de l'aliénation mentale.

» Le procédé dont on se sert à Saint-Méen est celui-ci : on vous fait passer successivement par trois états : 1° mort, 2° fou, 3° sain et raisonnable ; et, avec ce moyen, on se dispense de vous donner votre liberté. »

ANNAL. MÉD.-PSYCH. 4^e série, t. XI. Novembre 1868. 5. 27

394 RAPPORT SUR L'ÉTAT MENTAL DE M. E. M...

XIV. Extrait d'une lettre adressée à M. le Préfet d'Ille-et-Vilaine,
21 juillet 1866.

« J'ai cru reconnaître ma servante hier ; presque immédiatement après son départ, le fils de Le Menant des Chesnais, qui s'appelle Henri ou Antoine, a paru sous la figure de J. Her-mange ; et puis, est survenu un gendarme en grand costume. Je lui ai fait signe de venir à moi ; il a préféré causer avec Baderot, le commis-dépensier. Je pense que ce gendarme n'était autre que le jeune fils Le Menant des Chesnais. »

XV. — Extrait d'une lettre adressée à M. Hardouin, 19 avril 1865.

« Si j'ai écrit, c'est que M. Bonamy l'ancien m'est apparu avec sa femme légèrement transformée et un enfant se dirigeant dans le lointain ; un autre m'a semblé emporter des vases sacrés. »

XVI. — Extrait d'une lettre adressée à M. le président du tribunal,
26 septembre 1864 (dossier).

« Ma famille a eu des procès à soutenir contre des collatéraux ; moi-même j'ai eu à combattre contre ces mêmes collatéraux qui, peut-être déguisés et cachés sous des faux noms, habitent la même maison que moi, n° 9, rue de la Motte-Fablet. »

XVII. — Extrait d'une lettre adressée à M. le Directeur de l'asile,
12 février 1866.

« Rendez-moi donc ma liberté. Que voulez-vous que je vous dise pour l'obtenir ? Je vous l'ai déjà dit et répété cent fois. Ce n'est pas à Saint-Méen que je puis me marier, notez bien cela, et dites-le à M. Jouselin et à ces dames. »

XVIII. — Extrait d'une lettre à M. Durochet, 31 juin 1865.

« Hier au soir, un chapelet ressemblant à celui de ma pauvre domestique m'a été montré par Desmardais, qui ressemble beaucoup au fils B... : un crime aurait-il été commis ? »

XIX. — Extrait d'une lettre adressée à M. le Préfet d'Ille-et-Vilaine,
25 septembre 1866.

« J'ai entendu hier au soir comme courir dans le corridor qui avoisine ma chambre et comme le pas d'un homme qui fuit devant un autre. Dimanche au soir, j'ai entendu un bruit qui ressemblait à un fourreau de sabre frappant contre la cuisse d'un jeune homme qui passait dans le corridor avoisinant ma chambre. »

L'*Agenda* sur lequel M. E. M... inscrit ses impressions contient chaque jour, depuis le 1^{er} janvier jusqu'au 31 décembre, la mention suivante :

« Nul bain, nul séton, nulle douche, ne peuvent être ordonnés, et surtout appliqués, qu'en vertu d'un ordre spécial du directeur-médecin. A Saint-Méen, tout le monde doit être traité avec humanité, douceur et politesse. Nul n'y peut prendre que son nom et sa figure. Nul n'y peut mentir, piller, voler, blesser ou assassiner, sous peine de .
» Nul n'y peut commettre le crime de viol, sous peine de mort (1). »

APPRÉCIATION.

Sans aucun doute, si un complet bouleversement de l'esprit, si un désordre général des idées étaient nécessaires pour constituer la folie, nous pourrions peut-être hésiter à considérer M. E. M... comme un aliéné. Chez lui, en effet, la mémoire est conservée, le raisonnement paraît sain et vigoureux, les idées claires et lucides ; à un examen superficiel, il a toutes les apparences de la raison : c'est un homme sensé, s'appartenant tout entier. Mais la folie n'anéantit pas toujours du même coup

(1) Le rapport transmis à la justice contient de nombreux extraits tirés des élucubrations érotiques de M. E. M... ; leur extrême licence ne nous permet pas de les reproduire.

396 RAPPORT SUR L'ÉTAT MENTAL DE M. E. M...

toutes les facultés ; quelques-unes peuvent survivre et s'exercer librement avec une certaine activité, et la perturbation intellectuelle n'en est, pour cela, ni moins évidente, ni moins facile à constater par un examen réfléchi et suffisamment prolongé.

Touchez, en effet, chez ces malades, un certain ordre d'idées, et vous ne tarderez pas à découvrir dans cette raison, qui semblait si sûre d'elle-même, des erreurs dont l'absurdité paraît d'autant plus énorme qu'elles contrastent avec des pensées remplies de justesse.

C'est surtout dans les écrits de M. E. M... que nous trouvons des témoignages irrécusables de sa folie. Presque toujours maître de lui-même, constamment en garde dans ses entretiens avec nous, ce malade se livre tout entier lorsqu'il prend la plume ; et, cédant alors à un besoin d'expansion irrésistible, il fait, dans ses lettres, ainsi qu'on vient de le voir, les confidences les plus étranges, les plus extravagantes.

Aussi, bien que paraissant enfermé tout d'abord dans des limites assez étroites, le délire, chez lui, s'étend bien plus loin qu'on ne le supposait ; c'est ainsi que nous le voyons, le soir de l'affaire de Saint-Grégoire, au mois de mai 1860, courir éperdu, en proie à une terreur panique, se croyant poursuivi par des ennemis qui en veulent à ses jours, menaçant de faire usage du pistolet qu'il porte sur lui. Autour de lui, tout n'est que pièges et embûches ; M. Bellamy lui offre-t-il de se rafraîchir chez lui, son vin lui paraît avoir un goût particulier ; on veut l'empoisonner, on en veut à ses jours, et il se sauve à travers champs, n'osant s'approcher des habitations pour y passer la nuit.

A Paris, où M. E. M... passe quelque temps à cette époque, il rencontre l'Empereur dans un magasin de photographies et s'entretient familièrement avec lui ; après son retour à Rennes, en 1864, il se précipite un soir une épée nue à la main dans l'appartement d'un de ses voisins, prétendant qu'il

a entendu appeler au secours ; plusieurs fois, à la même époque, on l'a vu armé de pistolets monter la nuit dans les greniers, probablement pour rechercher les ennemis qu'il supposait y être cachés.

Enfin, le fait même qui a motivé sa séquestration au mois de mai 1865, sa tentative de meurtre sur madame C... vient nous convaincre de la persistance de ses idées de persécution et nous montrer à quels dangers sont exposées les personnes qu'il soupçonne être ses ennemis.

M. E. M..., il est vrai, cherche à expliquer très-habilement le crime qui lui est imputé ; d'après lui, en effet, il n'aurait eu nullement l'intention d'attenter aux jours de madame C..., il aurait voulu seulement l'effrayer. Nous voulons bien admettre la vraisemblance de ces explications ; quelles qu'elles soient, elles ne peuvent en rien modifier notre appréciation, car, pour nous, le point essentiel est d'établir que, se croyant en butte aux poursuites d'ennemis acharnés, il porte toujours sur lui des armes ; et le danger qui peut résulter de ces précautions extrêmes est pleinement démontré par les divers incidents qui se sont produits dans cette circonstance.

Depuis son admission à l'asile, les idées de M. E. M..., en ce qui est relatif aux hallucinations et au délire de persécutions, se sont-elles modifiées ? Nullement. Il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter aux réponses qu'il nous a faites et aux extraits de lettres que nous avons cités.

Mais son délire n'est point limité aux idées de persécutions. Nous avons déjà rapporté qu'en 1864, M. E. M... avait commis de nombreux outrages publics à la pudeur, et qu'à la suite d'une information judiciaire il avait été séquestré à l'asile de Rennes. Ces faits se reproduisent avec la même gravité et dans des conditions absolument identiques en 1865 ; et aujourd'hui rien n'est changé à ce point de vue dans sa situation mentale. On peut en juger, du reste, par les extraits que nous avons donnés de ses lettres à Monseigneur l'Archevêque de Rennes

398 RAPPORT SUR L'ÉTAT MENTAL DE M. E. M...

et par la lubricité de ses peintures poétiques. Ces divers documents, tout en indiquant la dépravation d'une imagination dérégulée, démontrent, chez l'auteur, la perte absolue du sens moral, le désarroi de l'intelligence et l'excitation morbide du sens génital.

En terminant, et pour indiquer seulement que le cercle des conceptions délirantes, chez M. E. M..., n'est pas aussi resserré qu'on aurait pu le supposer tout d'abord, rappelons ses idées relatives aux transformations que l'on fait subir aux individus dans l'asile, les mémoires qu'il a fait parvenir à l'Empereur sur les réformes économiques et sociales, entre autres le traité de commerce dont il est l'inspirateur, etc., etc.

CONCLUSION.

Des faits et des considérations que nous venons d'exposer, nous nous croyons en droit de conclure :

1° Que M. E. M... est atteint depuis plusieurs années de lypémanie avec hallucinations de l'ouïe, illusions de la vue, idées de persécutions avec penchants lubriques ;

2° Que sous l'influence de ces conceptions délirantes, il s'est livré à des actes qui, en compromettant la sûreté des personnes et la morale publique, ont motivé sa séquestration à Charenton en 1860, à l'asile de Rennes en 1864 et 1865 ;

3° Qu'aujourd'hui le désordre de la raison et des sens est le même, persistant dans toute son intensité avec les mêmes caractères, et par suite, offrant les mêmes dangers ;

4° Qu'en conséquence, il y a lieu de le maintenir dans un asile d'aliénés.

Rennes, le 15 mai 1867.

Signé DELACOUR, AUBRÉE.

LAFFITTE, *rapporteur*.

Interdit en première instance par jugement en date du 22 mai 1867, M. E. M... interjeta appel.

RAPPORT SUR L'ÉTAT MENTAL DE M. E. M.. 399

Confirmant la décision des premiers juges, la Cour impériale, par un arrêt en date du 4 juillet 1867, a définitivement enlevé à M. E. M... l'administration de sa personne et de ses biens.

Devant le tribunal, comme à la Cour, M. E. M... a présenté lui-même sa défense, et il l'a fait, sur certains points, avec une lucidité et une mesure qui a pu surprendre un instant les magistrats, mais qui ne nous a nullement étonné; il a suffi, en effet, de quelques questions précises pour amener M. E. M... sur ses idées délirantes, et la conviction des juges a été bientôt formée.

 REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS (1).

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.

 2^e série, 1867, t. IV.

 1^o *Ether pulvérisé sur le rachis dans la chorée*, par M. le docteur Lubelski (de Varsovie).

Après avoir employé tous les moyens toniques et antispasmodiques préconisés contre cette affection, M. Lubelski essaya d'anesthésier la moelle épinière au moyen d'un courant d'éther sulfurique pulvérisé, en se servant d'un appareil pour l'anesthésie dentaire. Les deux branches, ou plutôt les deux becs avec lesquels les dentistes embrassent la dent à extraire, furent appliqués au niveau des deux côtés de la colonne vertébrale. L'appareil, tout à fait analogue, du reste, à celui de Richardson, communiquait par un tuyau de gutta-percha, avec un *néphogène* de M. Mathieu.

Après deux aspersions de trois à cinq minutes chacune, dit l'auteur, les mouvements désordonnés de la malade se ralentirent et prirent bientôt un caractère normal. Quatre mois plus tard, l'enfant, âgé de neuf ans environ, et qui deux ans auparavant avait eu une première attaque de chorée, n'avait pas éprouvé de rechute nouvelle et se portait bien.

 2^o *Traitement de la chorée par des aspersions d'éther pulvérisé sur le rachis*, par le docteur Zimberlin, ancien interne de Strasbourg.

Nous rapprochons ce fait du précédent qui lui a donné naissance, et, comme lui, il nous paraît mériter un examen sérieux. Cette fois l'enfant avait dix ans, la chorée était récente, aiguë, en quelque sorte, elle avait résisté à diverses médications, lorsque M. Zimberlin se décida, d'après M. Lubelski, à employer les aspersions d'éther pulvérisé. Une première pulvérisation d'une durée de trois minutes est faite le long du rachis, mais *en insistant particulièrement sur la région cervicale*; une seule attaque a lieu dans la journée, le lendemain seconde pulvérisation de même durée, sans autre traitement; pas d'attaques nouvelles.

Deux jours après l'enfant rejoignait ses camarades.

 (1) Voy. *Annales*, septembre 1868, p. 302-309.

3° *Vitesse de la transmission de la volonté et de la sensation à travers les nerfs*, par M. de Bois-Reymond (suite et fin (voy. année 1866)).

L'auteur établit d'abord, d'après Helmholtz, Hirsch et Schelske (de Berlin), *la vitesse de transmission de la sensation dans les nerfs et dans la moelle épinière*.

Suivant M. de Bois-Reymond, la table suivante offrirait l'occasion de comparer la vitesse de l'*agent nerveux* telle qu'elle résulte de ses recherches, avec celle de plusieurs autres agents ou corps en mouvement.

Électricité (expérience de M. Wheatstone).	464 000 000
Lumière.....	300 000 000
Son dans le fer.....	3 485
— dans l'eau.....	4 435
— dans l'air.....	332
Étoiles filantes.....	64 380
Terre dans son orbite autour du soleil....	30 800
Surface de la terre à l'équateur.....	465
Boulet de canon.....	552 (Haughton).
Vent.....	1,20
Vol de l'aigle.....	35 (Simmier).
Locomotive.....	27
Levrier, cheval de course.....	25
<i>Agent nerveux</i>	26,30
Main jetant une pierre à 24 mètr. de hauteur.	21,9
Contraction musculaire.....	0,08-1,2
Onde artérielle.....	9,25
Sang dans la carotide du chien.....	0,2-0,3
Sang dans les capillaires.....	0,0006-0,00009
Particules mues par des cils vibratiles....	0,00007

D'après cette table, la vitesse de l'*agent nerveux*, loin d'être énormément grande, comme la plupart des physiologistes le supposaient, serait, au contraire, extraordinairement petite, moins grande que celle d'une locomotive, un peu plus que celle d'un cheval de course.

M. de Bois-Reymond détermine ensuite : 1° d'après Helmholtz, *le temps nécessaire à l'action réflexe dans la moelle épinière*, laquelle prendrait plus de douze fois le temps nécessaire à la transmission de l'excitation à travers les nerfs sensitifs et moteurs; 2° d'après le docteur Jæger (d'Utrecht), *le temps nécessaire pour la sensation et la volonté dans le cerveau*, le tout au moyen d'expériences aussi

déliçates que variées pour lesquelles nous ne pouvons que renvoyer au curieux mémoire de l'auteur.

Disons, cependant, qu'il semble résulter de ces expériences, que *rapide comme la pensée*, n'est pas, après tout, si rapide, et qu'il faudrait plutôt rayer, comme tant d'autres, ce mot du vocabulaire moderne.

4° *Corps étranger du crâne* (Société imp. de chirurg.,
26 octobre 1866.)

Présentation par M. Lefort, au nom de M. Legeart, d'une culasse de fusil anglais à un coup, qui a été extraite du crâne *quatre-vingt-sept jours* après l'accident. Le malade qui portait ce corps étranger avait été renversé par l'éclat d'un fusil et avait présenté une fente du front. Il guérit fort bien de son accident, mais il conserva une petite ouverture qui permettait d'arriver avec le stylet sur un corps étranger qui fut assez facilement extrait, et que l'on reconnut pour être la culasse du fusil.

5° *Influence spéciale des aliments sur le système nerveux*, note de M. J. Rambosson, présentée par M. Blanchard à l'Académie des sciences (2 avril 1867).

Il résulterait des expériences de M. Rambosson sur les aliments ; 1° qu'il y a des aliments qui agissent spécialement sur les nerfs de la sensibilité et d'autres sur les nerfs du mouvement ; 2° que les aliments qui agissent spécialement sur les nerfs du mouvement, influent aussi spécialement sur l'intelligence, et les aliments qui agissent spécialement sur les nerfs de la sensibilité, influent de même spécialement sur les sentiments.

Il y a, enfin, des aliments qui agissent en même temps sur les nerfs du mouvement et sur ceux de la sensibilité, et par conséquent influent sur l'intelligence et sur les sentiments. Chaque aliment occupe une place intermédiaire entre ceux qui agissent le plus, soit sur les nerfs du mouvement, soit sur ceux de la sensibilité.

M. Rambosson ne s'est pas contenté de faire sur lui-même bon nombre d'expériences avec le plus grand soin et pendant plusieurs années ; il a questionné un grand nombre de personnes qui, par leur régime, par leur position, pouvaient éclairer ses expériences, mais ne pouvant raconter en détail toutes celles qu'il a faites sur ce sujet, il se contente d'exposer les résultats qu'il a obtenus en opérant avec deux aliments qui agissent d'une manière bien tranchée, l'un sur les nerfs du mouvement et sur l'intelligence, l'autre sur les nerfs de la sensibilité et les sentiments : le café et le vin.

6° *Extirpation d'un goître volumineux, guérison* (Successful removal of a large bronchocele), by W. Warren Græne, ex. du medical Record, 10 octobre 1866, v. 1.)

La femme qui fait le sujet de l'observation était âgée de quarante-cinq ans, allemande et intelligente. La tumeur avait débuté quarante et un ans auparavant; elle n'avait donné lieu à aucun trouble, mais depuis un an son volume s'était rapidement accru et les accès de dyspnée qui en résultaient menaçaient la vie de la malade. Le poids de la tumeur enlevée était de 1 kilogramme et 6 grammes.

7° 1° *Des eaux de Balaruc, contre l'ataxie locomotrice; 2° du hachisch et du sulfate de quinine à très-faibles doses, comme hypnotique; 3° emploi du Cotyledon umbilicus contre l'épilepsie.* Revue de thérapeutique, par M. le professeur Fonsagrives).

1° A l'occasion de deux observations d'ataxie locomotrice progressive qui, suivant les journaux italiens, a été heureusement modifiée par l'emploi simultané et prolongé de la faradisation et du nitrate d'argent, M. Fonsagrives signale l'action extrêmement remarquable des eaux de Balaruc sur trois sujets, deux femmes et un homme, atteints de cette affection, et qui, après deux cures successives dans cette station thermale, en sont revenus avec une amélioration très-réelle. « Je les ai, dit-il, renvoyés à Balaruc une troisième fois et je ne les ai plus revus depuis. Mais la guérison ne se produisant pas, ce que j'admets volontiers, il y a eu au moins sous l'influence de ce moyen, un résultat fort encourageant, et comme je ne connais véritablement aucun moyen utile à mettre en œuvre dans l'ataxie locomotrice progressive, je suis décidé à chercher dans cette direction et je signale dès à présent ce fait aux praticiens. »

2° D'après M. le docteur Berthier, le hachisch sous forme d'extrait alcoolique et à des doses variant de 25 centigrammes à 1 gramme, a produit à plusieurs reprises le sommeil chez un maniaque en proie à une insomnie durant depuis plusieurs mois. S'agit-il d'un somnifère à employer dans toutes les maladies, ou à réserver pour celles des aliénés? Le hachisch n'a-t-il pas agi en éteignant des hallucinations qui éloignaient le sommeil, ou bien en changeant complètement leur nature? Quoi qu'il en soit, ajoute M. Fonsagrives, « puisque j'en suis sur cette question, j'indiquerai l'action hypnotique dont jouirait le sulfate de quinine à très-petites doses », action qui a été confirmée au savant professeur par M. le docteur Woillez, des essais personnels duquel il résulterait qu'une dose de 10 centigrammes de sulfate de quinine rompt,

presque à coup sûr, l'insomnie entretenue par l'éréthisme nerveux, les excès de travail, etc.

3° Il est encore un fait que M. le professeur Fonssagrives ne croit pas devoir passer sous silence, c'est l'action réellement utile du suc de *Cotyledon umbilicus* contre l'épilepsie. Employée jadis à ce titre par les médecins, tombée en Espagne et en Portugal dans le domaine de la pratique vulgaire qui lui accorde une efficacité très-sérieuse, M. Fonssagrives l'a conseillée à bon nombre d'épileptiques, dont quelques-uns ont guéri et dont presque tous ont été améliorés d'une façon *extrêmement notable*. « Une cuillerée par jour du suc d'une plante répandue par tout, sans valeur commerciale, inoffensive, constitue tout ce traitement, dont la durée, prolongée pendant un an, au moins, avec quelques interruptions, assure la réussite. »

M. Hétet, qui a analysé cette plante à la demande du professeur de Montpellier, y a constaté des quantités notables de propylamine.

8° *Traitement de la migraine par le bromure de potassium.*

M. le docteur Barudel, médecin militaire, a constaté l'utilité du bromure de potassium contre la migraine entée sur un fond d'anémie et accompagnée de troubles dyspeptiques. Une dose quotidienne de 2 grammes de ce sel est ingérée en deux fois dans un véhicule aromatique. Les malades en éprouvent un notable soulagement, les accès sont moins douloureux, et leur sommeil devient paisible et réparateur.

Cette action n'est-elle pas à rapprocher de celle qu'on lui attribue dans l'épilepsie dont certaines migraines sont si souvent l'avant-coureur et parfois l'unique manifestation.

Gazette médicale de Paris.

3° série, 1867, t. XXII.

1° *Epilepsie, stupeur, encéphalite*, par M. Bourneville (Société de de biologie, comptes rendus des séances de 1867).

Les phénomènes nerveux présentés par cette malade ont été très-remarquables et peuvent se résumer ainsi : accès d'épilepsie, idées délirantes, amenant une dépression extrême, encéphalite.

Les idées délirantes étaient singulières, d'une physionomie assez rare. La malade doutait de sa personnalité, de celle des personnes qui l'entouraient et ce doute constituait pour elle une véritable souffrance. Mais outre ce symptôme, il en existait d'autres qui complé-

taient son état cérébral et lui donnaient le cachet de la forme morbide désignée sous le nom de *stupidité*.

C'est dans cette situation et après vingt-cinq accès *sériels* que s'est développée la maladie terminale : *encéphalite* ou *ramollissement*; encéphalite plutôt, selon M. Bourneville, si l'on s'en rapporte à l'analyse des symptômes observés pendant la vie et aux lésions révélées par l'autopsie, bien que quelques-unes puissent faire croire à un ramollissement.

2^o *Recherches pour servir à l'histoire de la pellagre sporadique et de la pseudo-pellagre des alcoolisés*; mémoire lu à la Société de biologie, par L. Leudet, directeur de l'école de médecine de Rouen, membre correspondant de l'Académie de médecine, de la Société de biologie, etc.

M. Leudet considère comme beaucoup trop absolues les opinions de Th. Roussel, sur l'étiologie de la pellagre; il croit à une pellagre sans maïs avec A. Gintrac, Bouchardat, etc., parce qu'il pense l'avoir vue, et à l'appui de son dire il transcrit dans les plus grands détails le fait d'une malade qu'il a observée avec soin pendant plus de quatre ans, fait qui, selon lui, présente les caractères les plus importants de la pellagre, quoique la femme qui en est le sujet n'ait jamais usé de maïs dans son alimentation.

M. Leudet fait, en effet, une étude rétrospective et critique sur son observation; il suit pas à pas les opinions sur les caractères de la véritable pellagre énoncées dans son ouvrage récent par Th. Roussel, et, les appliquant à la femme C..., il démontre que presque aucun accident n'a manqué à l'expression symptomatique de la pellagre. « Je sais, dit-il, que le savant auteur conteste la valeur de la triade sémiologique formée par les accidents cutanés, digestifs et nerveux, et lui préfère la coordination des phénomènes. Or, sous ce dernier point de vue, l'affection de la femme C... remplit encore les conditions voulues. Ce n'est ni par la paralysie, ni par la cachexie que débute la maladie, c'est par des accidents nerveux; l'érythème limité à la face dorsale des mains et les troubles buccaux et intestinaux. S'il manque à cette affection la terminaison cachectique pellagreuse, cela dépend de l'invasion d'un accident fréquemment observé, la tuberculisation pulmonaire qui, dans ce cas particulier, n'a pu avoir aucune influence sur son développement, le dépôt de tubercules dans les poumons n'ayant commencé à se manifester que trois années après son apparition. »

M. Leudet rapporte ensuite une seconde observation de pellagre qu'il est bien près de regarder comme une pseudo-pellagre; car, ici,

la triade symptomatique n'est pas, à beaucoup près, aussi prononcée que dans le fait de la femme C..., les accidents intestinaux sont beaucoup moins marqués. Notre confrère ne croit donc pas que la réunion tout accidentelle de quelques symptômes suffisent pour que l'on admette l'existence de la pellagre; l'abus des liqueurs alcooliques, dont il a pu, à Rouen, suivre toutes les phases, lui a permis de chercher à étudier cette question et à analyser les symptômes pellagroïdes notés depuis longtemps chez ces malades. C'est ce qu'il a essayé de faire dans la deuxième partie de son travail dont voici les conclusions. 1° On observe dans quelques cas, chez des individus n'ayant jamais fait usage de maïs dans leur alimentation, des accidents complètement analogues à la pellagre; aussi est-il, peut-être, prématuré de rayer de la pathologie la pellagre sporadique.

2° Les gens qui ont abusé des boissons alcooliques sont atteints quelquefois d'un ensemble de symptômes semblables à la pellagre, aussi la pseudo-pellagre des alcoolisés doit-elle être rangée au nombre des accidents d'alcoolisme chronique.

3° La pseudo-pellagre des alcoolisés est caractérisée par l'ensemble des symptômes connu sous le nom de triade pellagreuse, érythème, troubles intestinaux, accidents nerveux.

4° L'existence antérieure de dérangements du système nerveux semble être la condition nécessaire à la production de ces accidents.

5° La pseudo-pellagre des alcoolisés présente parfois des recrudescences vernalles pendant plusieurs années successives.

6° Elle se termine par des affections de la moelle ou par des accidents intercurrents, des convulsions, une tuberculisation pulmonaire, etc.

D^r BERGER.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Analyse par M. le docteur E. DUMESNIL.)

Journal of Mental Science.

2^e trimestre de 1867.

Les titres des travaux originaux du recueil de ce trimestre sont :

1° *Les aliénés criminels de l'Écosse*, par le docteur Bruce Thomson.

2° *Les asiles pour les insensés à Saint-Petersbourg et à Copenhague*, par le docteur J. N. Belgrave.

3° *Une visite à Gheel*, par le docteur Edmond Neuschler. Lettre

adressée aux rédacteurs en chef du *Mental Science*, traduite de l'allemand par le docteur Sibbald.

4° *Apports récents à la pathologie des maladies nerveuses.*

5° Observations cliniques : *Manie aiguë et délire maniaque aigu*, par le docteur H. Maudsley.

6° *Sur le traitement d'une certaine classe de malades destructeurs*, par le docteur E. Sheppard.

I. — Depuis vingt et un ans, les aliénés criminels en Écosse, à une ou deux exceptions près, ont tous été confinés dans une aile ou logement séparé, de la prison générale, à Perth. Cette mesure fut prise en vue d'assurer une garde sûre et stricte (close) de ces malades, mais principalement à cause des difficultés émanant des directeurs des asiles pour admettre cette catégorie d'insensés.

En Écosse, le terme *aliénés criminels* s'applique :

1° Aux prisonniers reconnus insensés pendant le jugement ;

2° Aux prisonniers traduits en justice, et reconnus aliénés à l'époque du crime ;

3° Aux prisonniers devenus aliénés pendant qu'ils subissaient leur peine.

Depuis vingt et un ans (1846 à 1866), le nombre des admissions a été de 184 ; savoir : 129 hommes et 55 femmes. La moyenne annuelle est de 8,8.

Vingt-neuf appartenaient à la première catégorie, vingt-six à la seconde, et cent vingt-neuf à la troisième. Ainsi, le plus grand nombre ont perdu la raison pendant qu'ils subissaient leur sentence dans la prison générale (ce sont les prisonniers condamnés à une longue peine) : les hommes au moins à neuf mois, les femmes à douze, et les plus coupables de celles-ci, depuis trois années, jusqu'à vie. Cette dernière espèce de femmes condamnées appartient à la classe la plus dépravée et la plus dangereuse. Population criminelle héréditairement née dans le crime et élevée pour le crime.

On voit que le nombre des hommes est deux fois plus grand que celui des femmes. Cette disproportion entre les sexes diffère beaucoup de ce qui se remarque parmi les insensés de la population civile des trois royaumes. Ainsi, à Bethléhem, le total des admissions d'au moins trente-huit années, donne une large prépondérance aux femmes : hommes, 3514 ; femmes, 5407. De plus, en Écosse, on a constaté qu'en regard de 3005 hommes aliénés, il s'est trouvé 3463 femmes. M. Bruce Thomson ne veut hasarder aucune conjecture sur la cause du petit nombre de femmes aliénées criminelles en Écosse.

Par rapport à l'âge, les 184 individus étaient ainsi répartis :

De 10 à 20 ans.....	34
20 à 30	72
30 à 40	45
40 à 50	19
50 à 60	12
60 à 70	2
	184

Ainsi, l'époque maximum de la folie criminelle serait de vingt à trente ans, résultat coïncidant avec les recherches du docteur Thudichum, comprenant 5122 cas ; tandis que les statistiques de Hanwell reculent cette période critique entre trente à quarante ans. L'expérience d'Esquirol l'a porté à admettre que la folie a une tendance à s'augmenter progressivement après la maturité.

Les formes de folie qui se sont manifestées sont ainsi classées :

Manie chronique.....	70
— homicide	33
— aiguë.....	12
— épileptique.....	6
— puerpérale.....	3
— hystérique.....	1
Lypémanie.....	2
Démence.....	38
Imbécillité.....	7
Idiotie.....	4
Folie simulée (?).	8
	184

L'auteur, qui se propose du reste de revenir plus tard sur ce sujet, termine son travail par quelques remarques s'appliquant, dit-il, à ceux qui devraient être considérés comme aliénés criminels rétomnant à la charge de l'État.

On a objecté d'une manière générale que les criminels, du moment qu'ils sont aliénés, ne devaient pas être traités autrement que les autres insensés ; le docteur Bruce Thomson est opposé à cette manière de voir et cite deux faits, dont l'un tout récent, qui démontrent le danger qu'il peut y avoir à placer dans les asiles ordinaires certains individus ayant des impulsions au meurtre. Aussi, il voudrait, comme règle ordinaire, que tous ceux qui ont commis des actes ayant un caractère de gravité et de violence, et reconnus insensés au moment de leur crime, ou pendant leur jugement, fussent considérés comme des fous criminels et placés au compte

de l'État dans un asile de prison. Mais il paraît que dans les Trois Royaumes on n'est pas d'accord sur ce qu'on doit entendre par prisonniers criminels. C'est ce dont l'auteur a pu se convaincre dans un voyage fait, il y a deux ans, pour visiter tous les asiles de la Grande-Bretagne pour les prisonniers insensés. Ainsi, dans celui de Broadmoor, il a rencontré bon nombre de malades qui n'avaient commis que des délits peu importants et qui étaient atteints d'imbécillité ou de démence ; en un mot, qui n'étaient nullement violents ni dangereux. M. Bruce Thomson voudrait, et l'on doit être de son avis, que les malades de cette catégorie fussent dirigés sur un asile ordinaire pour les indigents, plutôt que d'être maintenus dans un asile d'État, souvent à vie, en vertu d'un mandat officiel (*Royal warrant*).

En Irlande, les choses étaient encore sur un pied plus anormal ; par l'effet d'ordonnances royales, les aliénés, dès qu'il était dûment certifié qu'ils étaient dangereux, étaient placés dans les prisons. Il en résultait un grand trouble pour la discipline de la maison de détention et un grand empêchement pour le traitement et les soins nécessaires aux prisonniers insensés. En 1864, il se trouvait seulement 128 de ces aliénés à l'asile central de Dundrum. En 1862, il y avait en Irlande 378 aliénés dangereux, et tous ceux qui ne faisaient pas partie de la population de cet asile étaient dispersés dans les diverses prisons métropolitaines et de comté qui étaient on ne peut plus mal disposées pour cet objet.

En Écosse, le terme *aliénés criminels* n'a pas été étendu à tous les aliénés criminels, mais restreint, avec soin, à ceux-là seulement qui ont commis des crimes graves et sérieux et qu'il serait imprudent de rendre à la liberté. A cet égard, l'Écosse est plus avancée que l'Angleterre. Les aliénés criminels en Écosse ne sont pas, comme en Irlande, détenus en prison cellulaire ainsi que les criminels ordinaires, mais placés dans le quartier spécial, division de la prison générale ; quartier offrant tout le confort d'un asile, compatible avec la garde assurée d'une classe d'individus considérés comme ne pouvant être mis en liberté.

II. — Le docteur Belgrave constate que les plus grands et les plus heureux efforts sont faits dans les États du nord de l'Europe pour que le traitement à donner aux aliénés n'ait rien à envier aux contrées les plus avancées sous ce rapport. La Russie, à cet égard, subirait une réforme complète. Le gouvernement impérial a désigné une commission centrale composée de médecins pour surveiller la nouvelle organisation, et lui a sagement donné carte blanche

pour arrêter les plans et la distribution des nouveaux établissements.

Le climat dans ce pays nécessite des dispositions et entraîne à des dépenses toutes particulières.

Il y a actuellement en Russie quatre asiles publics. L'asile général à Saint-Petersbourg, qui reçoit des aliénés indigents et des pensionnaires, est entouré de terrains considérables et ressemble, jusqu'à un certain point, à Bethléhem. Les corridors manquent de lumière, les dortoirs ne contiennent, en général, que deux lits, disposition vicieuse. On n'y rencontre ni bustes, ni tableaux, mais le mobilier y est excellent. La chapelle est fort belle, mais il ne s'y rend qu'un petit nombre de malades. La matière qui garnit les parois des chambres matelassées, est tellement dure, qu'elle ne convient guère à sa destination. Les moyens de restraint n'y sont pas abolis en principe, mais ils le paraissent du moins dans la pratique. La disposition du logement est telle que l'on a dû construire des maisonnettes de bois pour suppléer à l'insuffisance du bâtiment principal. Le régime alimentaire est des meilleurs ; grand nombre de malades reçoivent de la viande deux ou trois fois par jour. Le travail y est établi, mais sur une échelle insuffisante, il n'y a pas de ferme organisée, et les préaux manquent pour que les malades puissent se promener à l'aise pendant l'été. Les lits des gâteux sont parfaitement et ingénieusement disposés, mais on ne fait pas assez d'efforts pour amener ces malades à des habitudes de propreté.

Quoiqu'il ne se trouve pas un seul établissement, en Russie, consacré aux imbéciles, l'asile de Saint-Petersbourg ne présente aucune disposition prise en vue de certains moyens de traitement applicable à cette classe de déshérités. Mais il a une institution qui lui est commune, du reste, avec les autres asiles de ce pays, qu'il serait bien utile d'introduire en Angleterre, dit le docteur Belgrave. Il s'agit d'un comité composé de personnes charitables de la haute société qui s'occupe de procurer des moyens de distraction aux aliénés et qui, dans le but de prévenir les rechutes pour les convalescents n'ayant ni parents, ni ressources personnelles, leur fournit des occupations, les replace pour ainsi dire dans la société. Les dépenses afférentes à cette bonne œuvre sont soldées sur un fonds spécial, produit de contributions volontaires. Ce comité rend d'immenses services, les guérisons sont plus rapides et les rechutes plus rares, disent les médecins russes.

Un point qui laisse surtout à désirer entre ceux signalés plus haut, est le manque d'un grand promenoir ou appartement en forme de serre, c'est à-dire vitré, qui permettrait aux malades de

prendre de l'exercice au soleil et à la lumière pendant les longs hivers de ces régions. Néanmoins, quoique à cet égard les insensés soient à peu près actuellement comme s'ils étaient dans un donjon, leur physionomie respire la gaieté et la satisfaction; ce qui est le résultat, probablement, de l'heureux caractère du peuple moscovite.

Les servants sont choisis avec soin et sont pris dans une institution publique où ils ont été élevés; ils sont fort utiles aux médecins et ont un esprit de corps et une certaine distinction qu'on ne retrouve nulle part ailleurs. Des dames d'un rang distingué surveillent le service des femmes.

Tout cet ensemble, fort satisfaisant, est dû en grande partie aux qualités personnelles du docteur Laurentz, le directeur, dont le système d'administration est avant tout le plus paternel possible. Il est secondé par deux adjoints.

La mélancolie-suicide est plus rare en Russie que dans les autres parties de l'Europe, à ce qu'il paraît. La manie, la démence et la paralysie générale sont les formes les plus fréquentes.

L'usage du wetky (espèce d'eau-de-vie), devenu à très-bon marché dans ces derniers temps, a beaucoup contribué, disent les médecins, à l'augmentation des cas de paralysie observés depuis le règne actuel.

L'asile de la maison de correction à Saint-Petersbourg est destiné aux aliénés criminels. Malheureusement, il renferme un nombre inaccoutumé de malades originaires de Pologne; les troubles politiques récents de ce pays ayant développé, dit l'auteur, ainsi que cela s'observe fréquemment, les dispositions à la folie chez beaucoup d'individus, lesquelles, dans des circonstances plus heureuses, seraient restées latentes ou auraient amené des formes moins dangereuses. Il paraît, du reste, que le gouvernement impérial a pour ces malheureux beaucoup d'égards et de bontés.

Cet asile, situé dans un seul étage d'une vaste prison, contient environ trois cents malades. Il est aussi bon et aussi bien disposé que possible. Mais il s'y trouve une triste et nombreuse quantité de cas graves de mélancolie et de manie. Les moyens de contrainte y sont hautement condamnés par le docteur Dinkoff, le superintendant, et par son adjoint, tous deux médecins polonais, hommes accomplis. Ce qui manque encore ici, ce sont des préaux et des jardins; mais, par la suite, cet asile ne doit être destiné qu'aux seuls aliénés criminels.

Malgré l'aspect sombre des bâtiments et leurs dispositions mauvaises, comme établissement d'aliénés, un air de gaieté et de rési-

gnation satisfaite se lit sur les visages, de sorte que le visiteur oublie qu'il parcourt une prison. Cet heureux résultat tient à ce que l'asile est entièrement sous la dépendance médicale; les médecins, de plus, sont des hommes experts dans le traitement de l'aliénation et sont animés de cet esprit de bienveillance et de sympathie qui est le propre des âmes généreuses.

Les récréations intérieures sont plus nombreuses et mieux entendues que dans beaucoup d'asiles anglais, même les plus renommés. Cependant, vu le grand nombre de malades et la gravité de quelques affections, il serait important qu'on pût procurer de l'exercice en dehors des quartiers, et même des promenades à l'extérieur. Une bibliothèque convenable et bien choisie serait aussi bien nécessaire, surtout si l'on considère qu'une notable partie des aliénés appartient à la classe instruite de la société. Même remarque pour les tableaux et les gravures qui font défaut.

D'après le docteur Belgrave, les maux d'un grand nombre des infortunés séquestrés dans cette maison, notamment de ceux d'origine polonaise, sont le produit d'habitudes vicieuses et du défaut d'occupation; il faudrait donc, dit-il, qu'aucun malade de l'un ou de l'autre sexe qui revient à la raison ne fût mis en liberté avant d'avoir acquis quelque art ou quelque profession utile. « Depuis longtemps il a été reconnu que les luttes qui sans cesse se renouvellent en Pologne, cause si puissante de folie, ont été, en grande partie, amenées par l'indolence et l'ignorance des petits nobles qui, étant trop paresseux ou trop fiers pour apprendre un état, sont constamment occupés à comploter contre un gouvernement bienfaisant, afin d'arriver à obtenir ce qu'ils considèrent comme le support nécessaire de leur rang et de leurs titres, c'est-à-dire la possession de serfs. »

L'asile attaché au premier hôpital militaire fait un bien triste contraste avec ceux dont il vient d'être parlé; il ne contient du reste qu'une trentaine de malades dont la distraction et l'occupation unique consistent à fumer, et qui font une pénible impression par leurs cris et leur agitation. Il y a cependant des jardins attenants à l'hôpital, mais les aliénés n'en profitent pas et sont séquestrés avec une rigueur désastreuse pour l'esprit et le corps et en contradiction, certainement, avec les vues éclairées du gouvernement impérial. Comme dans les autres asiles de Russie, la nourriture ici est de qualité excellente. Il est à désirer que ces pauvres soldats insensés, parmi lesquels se trouvent plus d'un héros de Crimée, puissent être bientôt transférés dans un local plus appro-

prié à leur condition et qui réponde mieux aux sacrifices qu'ils ont faits en accomplissant leur devoir.

L'asile dépendant du second hôpital militaire se rattache à l'Académie médico-chirurgicale et a été désigné ou plutôt adopté par le docteur Belinsky, professeur de psychologie de cette Académie, pour l'instruction de ses très-nombreux élèves.

Dans cet asile se trouvent, outre les militaires, des malades pensionnaires des deux sexes. Le total s'élève environ à deux cents. La haute réputation du professeur fait de cet établissement l'asile préféré de la ville.

Les bâtiments sont vastes ; derrière se trouvent de grands et de petits jardins.

C'est là que le gouvernement a voulu que se formassent les jeunes médecins qui se destinent au traitement des aliénés et appelés à diriger les asiles qui sont actuellement en construction ; organisation unique dans son genre. Il y a six médecins officiels appointés, et les servants sont dans le rapport de un pour six malades.

Tout se trouve disposé pour faciliter l'étude aux jeunes élèves, sans gêner en rien les malades. La classification des cas est poussée plus loin que partout ailleurs. Tous les étudiants qui ont pour but, comme spécialité, l'étude de la psychologie, sont tenus de faire le service comme servants ordinaires pendant six mois,

On veille nuit et jour sur les malades, et cette surveillance est rendue facile par la disposition des corridors que les gardiens parcourent sans que l'attention des aliénés puisse être attirée ou leur sommeil troublé. Malgré ces précautions de nuit et de jour, aucune mesure préventive n'a été adoptée pour empêcher les malades de se mouiller ou de gâter. Mais le docteur Belinsky, dont l'attention a été attirée sur ce point, ne peut manquer, dit le docteur Belgrave, d'adopter à cet égard les mesures qui sont prises dans les meilleurs asiles anglais.

Rarement on a recours à l'emploi des agents de contention mécaniques, les chambres garnies, matelassées ou de sûreté, y suppléent pour les malades destructeurs. M. Belinsky espère pouvoir se dispenser de la camisole, l'embarras vient du prix excessif de certaines étoffes suffisamment solides qui sont importées d'Angleterre.

L'eau est un des agents auxquels le docteur Belinsky attache une grande confiance dans le traitement de l'aliénation ; et quoique ce soit là un agent difficile et très-cher à se procurer dans l'hiver à Saint-Petersbourg, le médecin en chef a organisé toute espèce de

systèmes de bains ; aussi, même dans l'hiver, chaque malade peut recevoir un bain chaque jour de la semaine.

Le docteur Belinsky a de plus fait édifier une sorte de palais de cristal, en miniature, pour les promenades et les récréations d'hiver. Il est bien ventilé et orné au centre d'une magnifique fontaine avec de nombreuses plantes exotiques qui lui donnent la fraîcheur et un air d'élégance. A cela il faut ajouter des salles de billard, de lecture, de gymnastique, des jeux de toute espèce, et cela sur une échelle qu'on ne trouve nulle part ailleurs. Aux réunions, où tout se passe avec la plus grande décence et le plus grand décorum, assistent souvent des personnes charitables des classes élevées. On s'occupe particulièrement de certains malades et tous sont doucement encouragés à contribuer pour leur part, par leurs talents spéciaux, à l'amusement général.

Les résultats attestent la parfaite compatibilité de l'instruction clinique avec le traitement médical et le service d'ordre intérieur ; bien plus, beaucoup de pauvres malades semblent se trouver bien de cet arrangement.

L'instruction s'y donne d'après un plan défini. Chaque médecin présente à sa guise, à son petit auditoire, quelques courtes remarques cliniques, à l'appui de la leçon faite auparavant par le professeur. Des notions sur le diagnostic, le pronostic, et des détails sur le traitement, sont produits en même temps. Chaque élève a un ou deux sujets types qui lui sont spécialement désignés et qu'il est chargé d'étudier et d'observer minutieusement ; il prend des notes très-détaillées et très-complètes sur la marche de l'affection, sur tous les changements intellectuels et somatiques qui peuvent être saisis, sur les résultats des analyses qualificatives et quantitatives des urines.

Toute cette organisation fait le plus grand honneur au gouvernement impérial pour la libéralité dont il fait preuve et pour la confiance illimitée qu'il a accordée aux autorités médicales compétentes, en tout ce qui concerne les constructions et tous les arrangements intérieurs de cet établissement. Mais de pareils éloges sont dus au docteur Belinsky pour le talent hors ligne qu'il a déployé dans l'acquittement de cette tâche bien difficile.

L'asile des aliénés de Copenhague et de la Zélande est situé à Bistrupp, à environ quatorze milles danois de la capitale. Il renferme environ cinq cents malades indigents et pensionnaires ; il est confié aux soins et à la direction du docteur Waldemar Steenberg.

L'intérieur ne répond pas entièrement à l'aspect extérieur avantageux et à la situation de la construction qui est entourée de charmants jardins.

« Il paraît que la décadence évidente de la puissance danoise, dans ces dernières années, a tellement affecté le sentiment national, que tout revêt un aspect de tristesse et de mélancolie. Le voyageur peut parcourir Copenhague en tous sens sans rencontrer un seul visage souriant !!

» Une conviction domine l'esprit de la nation, c'est qu'elle doit être absorbée par l'Allemagne. Dans les entretiens journaliers, la destinée de la patrie fait l'objet constant de la conversation et l'on en gémit. Un des résultats de cette pénible préoccupation se traduit par une notable augmentation des cas de folie dans la population. »

Aussi la forme ordinaire du dérangement mental est la folie mélancolique avec impulsion au suicide.

L'asile dont il est question ne peut malheureusement que contribuer à maintenir cette situation de l'esprit, sans donner beaucoup de garanties de sécurité. Les galeries, quoique larges, sont mal éclairées, sans tableaux, sans rien qui puisse récréer la vue. Les fenêtres sont placées à six ou sept pieds du sol et peuvent aisément laisser passer le corps d'un homme. De tous les malades, les lyptémaniques sont ceux qui ont le plus besoin de lumière et d'avoir sous les yeux des scènes d'activité et de gaieté, sans qu'ils puissent se douter qu'on les surveille.

Heureusement, le docteur Steenberg, le médecin-directeur, à qui ses honorables travaux en aliénation mentale ont acquis une haute réputation en Danemark, reconnaît toutes ces imperfections ; aussi, sur ses instances, les autorités municipales de Copenhague se sont engagées à y remédier autant que possible.

On a recours parfois à de légers agents mécaniques pendant le jour pour les malades destructeurs, mais le docteur Steenberg espère pouvoir s'en passer entièrement, grâce à des tissus excessivement forts dont seront faits les habits de ces malades, grâce aux boutons à crochet des Anglais, à une surveillance spéciale et aux autres procédés bien connus dans la Grande-Bretagne.

Le varech n'est point mis en usage, quoiqu'il abonde en Danemark.

Le corps de logis principal ne contient guère que à moitié des aliénés, l'autre moitié est placée dans le château attenant et dans des baraques qui entourent une cour carrée. L'ancien château convient assez à cette destination, mais les lits y sont tellement serrés qu'il n'y a entré eux que quelques pouces d'intervalle.

Les récréations et les amusements ne sont pas portés au degré voulu, surtout si l'on considère la forme prédominante de l'aliénation, qui est la mélancolie, comme on l'a dit plus haut : mais le travail s'y fait sur une très-grande échelle.

« Encore quelques efforts, dit l'auteur de cette notice, et le visiteur n'aura plus sous les yeux ces scènes hideuses de contrainte mécanique si fréquentes dans les asiles de France et de quelques parties de l'Allemagne ».

Nos confrères des contrées septentrionales de l'Europe, ajoutet-il, sont pour la plupart des hommes accomplis, exempts de tous préjugés et toujours disposés à accepter une bonne idée, de quelque part qu'elle vienne.

Il a été dernièrement question d'un congrès parmi eux, et il est regrettable qu'il n'ait pas eu lieu, surtout au moment où sur beaucoup de points on se dispose à organiser d'anciens asiles ou à en fonder de nouveaux.

III. — Un jeune médecin allemand dont plusieurs de nos confrères ont pu apprécier dernièrement l'instruction et l'amabilité, pendant un voyage qu'il a fait en France pour visiter un certain nombre d'asiles, M. le docteur E. Neuschler, a adressé, sous forme de lettre, aux rédacteurs du *Mental Science*, le résumé de ses impressions personnelles sur la colonie de Gheel, où il a passé quelques jours. Cette relation, qui contient environ dix-sept pages, est un éloge à peu près sans restriction de l'institution belge. Le docteur Neuschler pense, de plus, qu'il ne serait pas très-difficile de créer des centres analogues pour les aliénés, et il donne quelques indications à cet égard. Sans vouloir détruire les asiles qu'il conserverait pour les malades auxquels le système familial n'est pas applicable et pour les besoins de l'instruction clinique, il ne les considère cependant que comme de tristes établissements. « Il dit en terminant, que l'application du système familial soulagerait nos confrères de ce qui leur pèse actuellement, c'est-à-dire la conscience que nous ne sommes pas seulement médecins au service du bien public, mais aussi, en ce qui regarde une partie de nos malades, des geôliers au service de la sécurité générale. »

Les rédacteurs du *Mental Science* ne consacrent pas moins de six à sept pages à répondre au jeune médecin allemand, et s'efforcent de lui démontrer, preuves en main, que tout n'est pas pour le mieux dans la colonie dont il vante les merveilles.

IV. — La pathologie des affections dépendant du système nerveux a fait l'objet d'un travail des plus remarquables dû au docteur Wilks, et publié dans l'un des derniers volumes (1867) du *Recueil de Guy's*

Hospital. Le docteur Henry Maudsley en donne une analyse dans le *Mental Science* et fait précéder son compte rendu de quelques considérations générales tendant à démontrer que la physiologie est entrée dans de nouvelles voies, celles de l'observation et de l'expérimentation, ce qu'elle ne pouvait faire tant qu'elle a été enveloppée dans les langes de la métaphysique, qui, il y a bien peu d'années encore, entravait même les sciences purement physiques. Voici quelles sont à cet égard, dit-il, les espérances de l'avenir :

1° La métaphysique ayant fait son temps, disparaît de la science;

2° Une psychologie inductive fondée sur l'observation fidèle des phénomènes nerveux et intellectuels se produit ;

3° Les physiologistes et les médecins anatomistes dirigent actuellement leurs investigations vers l'étude sérieuse des diverses parties du système nerveux et de ses diverses fonctions et, de plus, vers la recherche des conditions internes d'activité de l'élément nerveux ;

4° Enfin, les pathologistes sont aussi particulièrement occupés à saisir les rapports qui existent entre certaines maladies et les états morbides des centres nerveux et à découvrir la nature des changements pathologiques.

Ainsi, les efforts des psychologues, des physiologistes et des pathologistes convergent vers un même point et se rencontreront bientôt dans une harmonie d'action qui portera des fruits.

Maladie des ganglions centraux; hémiplegie. — Une altération de structure déterminant la perte de fonction du corps strié et de la couche optique, que cette altération soit due à un ramollissement, un épanchement de sang ou une embolie de l'artère cérébrale centrale, produit une hémiplegie du côté opposé du corps, mais sans dérangement des facultés intellectuelles. Quoique le terme *hémiplegie* implique qu'une moitié du corps est paralysé, il n'en est pas réellement ainsi, le tronc n'est pas atteint, grâce aux racines du nerf pneumo-gastrique et des autres nerfs respiratoires qui se trouvent dans la moelle et qui restent intactes. De même, l'intelligence demeure indemne, parce que les centres nerveux de l'entendement, la conscience et la volonté, c'est-à-dire les hémisphères cérébraux, ne participent pas à cette altération. Une question intéressante surgit ici : la volonté peut-elle agir directement sur les centres nerveux préservés des parties non paralysées, ou peut-elle agir sur eux seulement indirectement par le moyen des larges ganglions ? Autrement dit, existe-t-il, oui ou non, une communication directe entre les centres non lésés situés au-dessous des ganglions atteints et les centres supérieurs des hémisphères ? Les anatomistes professent qu'il existe une communication directe à l'aide de laquelle une influence

immédiate peut s'exercer ; mais l'observation clinique n'a pas encore fourni de donnée définitive sur ce point. Le docteur Wilks conclut que si la volonté continue d'influencer les mouvements sur la poitrine d'une personne hémiplégique (ce qu'il peut affirmer avec certitude), c'est, ou qu'il doit y avoir quelque connexion entre le siège du pouvoir de la volition et les centres des nerfs de la poitrine, indépendante des ganglions larges, ou que les centres régulateurs doivent être tellement associés qu'un *stimulus* d'un seul côté peut affecter les deux côtés.

En ce qui regarde la perte du langage qui accompagne si souvent l'hémiplégie droite, le docteur Wilks regarde comme très-ingénieuse l'explication du docteur Moxon sur ce fait : c'est-à-dire la différence d'éducation entre les deux parties du corps. Le docteur Maudsley ne partage pas entièrement cette opinion, et il dit que s'il était obligé de faire une comparaison à propos des deux moitiés du cerveau, ce serait plutôt en la rapprochant de l'action des deux yeux. Une personne peut voir avec un œil ou avec celui de l'autre côté, ou, comme cela a lieu le plus souvent, avec les deux yeux. De même, nous croyons qu'une personne peut penser avec une moitié de son cerveau ou avec l'autre moitié, ou avec les deux ensemble, et que le langage considéré sous son aspect mental, comme l'expression de l'idéation, coexiste avec la pensée et n'est nullement confiné, par conséquent, dans l'un ou l'autre hémisphère cérébral. Ici le docteur Maudsley rappelle les objections qui ont été faites à l'hypothèse du docteur Moxon par le docteur A. Robertson dans un mémoire ayant pour titre : *Pathologie de l'aphasie* (voy. l'avant-dernier numéro de ces *Annales*).

Avant de parler de la perte du langage sous un aspect intellectuel, demandons-nous quels peuvent être les centres moteurs probables du langage. Quelques-uns sont disposés à croire que les corps striés contiennent les noyaux moteurs du langage et que c'est là le motif pour lequel la perte du langage accompagne si souvent l'hémiplégie dépendant d'une lésion de cette partie du cerveau. Le docteur Jackson et le docteur Wilks se rangent à cette idée ; mais il n'y a pas de raison de croire que les choses se passent ainsi, et il y en a au contraire pour faire admettre que les centres moteurs de cet ordre ne sont pas ainsi situés. Des altérations du corps strié et l'hémiplégie se rencontrent sans aucune perte de la parole ; et la perte de la parole se rencontre sans affection du corps strié et sans hémiplégie. Il est singulier qu'à cet égard le docteur Wilks n'ait pas mentionné les vues de Schroeder van der Kolk. Ce savant, faisant remarquer que les deux corps olivaires sont réciproquement

unis par un nombre considérable de fibres provenant de leurs cellules ganglionnaires et perforant le raphé, et que le corps olivaire de chaque côté est intimement lié avec le noyau d'où naît le nerf grand hypoglosse, en conclut que les corps olivaires président aux mouvements de la langue dans l'articulation. Cette vue est confirmée, jusqu'à un certain point, par l'anatomie comparée, car les corps olivaires existent uniquement chez un petit nombre d'animaux, les mammifères seulement; ils acquièrent leur maximum de développement chez l'homme; après lui, sous ce rapport, viennent les quadrumanes. Le nerf facial est lié au corps olivaire par le moyen de cellules ganglionnaires ou ganglions *auxiliaires* sur le même niveau que le nerf et qui sont intimement unis avec son noyau, circonstance qui peut donner quelque raison de supposer que la perte du langage et la paralysie faciale accompagnant l'hémiplégie sont des effets concomitants d'une même cause. Si l'hypothèse de Shroeder van der Kolk est vraie, une question surgit, à savoir: si la volonté peut agir directement sur le corps olivaire ou si elle ne le fait que par l'intermédiaire du corps strié. C'est, en effet, un point de cette importante question de savoir si toutes les fibres des faisceaux sensori-moteurs finissent dans la couche optique et le corps strié, de nouvelles partant de là pour se rendre aux cellules des hémisphères, ou si quelques-unes franchissent directement en gagnant la surface du cerveau. Il se pourrait que toutes les fibres nerveuses des membres finissent dans la couche optique et le corps strié, et cependant qu'il y eût communication directe entre la surface grise des hémisphères et les noyaux spéciaux, moteurs et sensitifs, situés dans l'arbre cérébro-spinal au-dessous de ces ganglions (c'est-à-dire: couche optique et corps strié).

Passant à la considération du langage sous l'aspect mental, le docteur Maudsley soutient que la perte du langage n'est pas une lésion motrice, mais une lésion intellectuelle; il combat la théorie émise par Broca et termine en citant le fait d'un de ses malades, dont l'autopsie révéla un abcès limité du cerveau, qui avait été, par moments, privé de toute intelligence et dans l'impossibilité de s'exprimer d'une manière quelconque, et qui, dans d'autres, recouvrait toute sa raison et parlait parfaitement, quoique ces retours fussent seulement temporaires. Cet exemple pourrait servir à prouver, ajoute-t-il, si une preuve était ici nécessaire, combien, en certains cas, une lésion peu étendue peut affecter tout l'ensemble intellectuel; il nous met également à même de concevoir comment il se peut que la maladie de l'un des corps striés dérange parfois sérieusement l'intelligence.

Maladie du pont de Varole. — L'affection d'un des côtés produit l'hémiplégie avec ou sans autre paralysie locale ; une lésion du milieu du pont peut comprendre les fibres sensitives et les fibres motrices et amener la paralysie complète de tout le corps. Quoique un épanchement de sang soudain produise un coma profond avec contraction des pupilles, il ne s'ensuit pas nécessairement une privation quelconque de sentiment. La compromission de l'un quelconque des nerfs nombreux ayant leur origine dans cette région démontrera la partie de la région sensori-motrice affectée : le facial, le cinquième ou le sixième nerf, peuvent être paralysés, et les fibres du nerf lingual et du glosso-pharyngien sont atteintes lorsque la maladie siège plus bas vers la moelle. Le docteur Wilks relate trois cas d'affection du pont de Varole dans lesquels il y a eu toujours perte de la parole : et d'autres, pour montrer combien les symptômes de l'apoplexie dépendant de la lésion de cette partie ressemblent parfois aux symptômes résultant de l'empoisonnement par l'opium.

Paralysie liée à la lésion de la surface du cerveau. — Si un patient est tout à fait privé de sentiment, ses membres retombent inertes quand on les soulève, mais y a-t-il là paralysie ou effet simple du défaut de volition ? En un mot, la maladie de la surface de l'encéphale est-elle suffisante pour produire une paralysie réelle ? N'est-ce pas l'effet de l'extension de l'affection aux centres moteurs ? Le docteur Wilks cite une observation remarquable d'hémiplégie du côté gauche avec conservation du sentiment, dans laquelle, après la mort, toute la substance grise de l'hémisphère droit était ramollie et désagrégée jusqu'à la substance médullaire, mais celle-ci restant intacte. L'hémisphère gauche était entièrement sain. Ce fait tendrait donc à faire admettre que l'hémiplégie peut être la conséquence de l'altération de la surface du cerveau. La personne malade était une femme qui ne s'apercevait pas qu'elle avait perdu la faculté de faire agir le côté gauche. Mais, dit le docteur Maudsley, l'existence d'une paralysie réelle était-elle ici suffisamment établie ? Ou, est-il possible que l'infirmité du membre gauche fût due, après tout, à la perte de volition et de conscience dans l'hémisphère droit ? Il est positif que l'hémisphère gauche était inconscient et impuissant en ce qui concerne les mouvements des membres du côté opposé, car, quoique en pleine fonction, la malade ne se doutait pas de son hémiplégie. Cet exemple tendrait donc à faire croire qu'un hémisphère ne peut exercer l'acte de la volition que sur les membres du côté correspondant ; car quoique l'hémiplégie gauche, en admettant qu'elle fût certaine, rendit compte de l'impuissance de l'hémisphère droit à

à agir sur le côté gauche, elle ne rendrait pas compte de l'entière inconscience de l'infirmité. Et, bien entendu, si l'hémiplégie n'était pas réelle, il n'y avait pas de raison pour que l'hémisphère droit n'eût pas été apte à agir sur les membres, si ce n'est que la communication était interceptée. C'est assurément une intéressante question, quant à l'étendue du pouvoir d'un hémisphère sur les membres du même côté, que celle de savoir si cet hémisphère a quelque conscience et quelque contrôle directs à l'égard de ces membres ou seulement un pouvoir indirect par l'entremise de sa sympathie avec l'autre hémisphère. Mais il reste toujours indécis s'il y avait ou s'il n'y avait pas paralysie actuelle dans le cas rapporté par le docteur Wilks. Si la paralysie existait, que devient cette notion qui veut qu'un hémisphère du cerveau puisse se charger à lui seul des fonctions intellectuelles et somatiques sans aucune apparence d'affaiblissement ? D'un autre côté, quelle difficulté y a-t-il à supposer que la lésion, bornée seulement à la surface, puisse produire la paralysie si nous nous rappelons que la maladie ou la lacération de la surface du cerveau produit fréquemment des convulsions ? Le sujet est encore enveloppé d'obscurité et requiert de patientes études cliniques et pathologiques.

Quelle que soit la vérité en ce qui concerne la capacité de la maladie du cerveau pour produire la paralysie, il est positif qu'elle amène une altération mentale. A l'état aigu, nous avons le délire se terminant par le coma ; à l'état chronique, nous assistons à une décadence graduelle des facultés intellectuelles.

Après avoir montré que les résultats des altérations qui se remarquent dans la paralysie générale consistent en une destruction des tissus avec une perte correspondante des fonctions, le docteur Wilks fait les questions suivantes aux aliénistes : Tiennent-ils comme caractéristiques les symptômes qui accompagnent la maladie ? ou, au contraire, considèrent-ils que les seuls cas qui méritent le nom de *paralysie générale* sont ceux où ils croient qu'il y a une affection de la substance grise ? Un semblable état, en l'absence de tout symptôme ordinaire, serait-il suffisant pour constituer la maladie ? Un certain nombre de symptômes suffit-il pour la caractériser, quoique un ou deux de ceux qui sont ordinairement regardés comme les plus caractéristiques puissent faire défaut ?

A l'appui de ces *desiderata*, le docteur Wilks rapporte l'observation d'un malade qu'un praticien jugeait atteint de paralysie générale et qu'un autre praticien disait affecté d'ataxie locomotrice. Il me semble pourtant que dans ce cas le diagnostic n'offrait pas un embarras considérable. « Mais, néanmoins, on peut accorder jus-

qu'à un certain point à l'auteur : que les véritables caractères des différentes formes des affections chroniques du cerveau ne sont pas jusqu'ici tellement bien définies que chacun puisse, à première vue, les distinguer entre elles; et, qu'un grand nombre des symptômes décrits actuellement comme particuliers à quelques-unes, sont en réalité communs à beaucoup de ces maladies et sont l'effet d'une altération (dérangement) générale plutôt que spéciale. »

A cette assertion du docteur Wilks, que l'influence héréditaire est notée moins souvent dans la paralysie générale que dans les autres formes d'insanité, le docteur Maudsley croit pouvoir avancer que lorsque des excès ne sont pas assignables comme point de départ de l'affection, il est presque certain qu'on peut découvrir dans l'historique du malade quelque teinte d'hérédité.

Épilepsie : affection de la surface du cerveau. — Pour le docteur Wilks, les conditions morbides du cerveau qui donnent lieu aux convulsions épileptiformes sont d'une uniformité remarquable et sont dues à une irritation locale de la surface cérébrale. Selon lui, pour un cas d'épilepsie avec lésion du pont de Varole, on trouve cinquante cas dus à la lésion indiquée ici. Si le siège du mal, dit-il, était dans le pont de Varole ou dans les ganglions centraux, il y aurait paralysie. Ces parties, au contraire, doivent être saines et susceptibles d'irritation pour produire l'exagération des mouvements. Puisque dans l'épilepsie simulée on peut dire que la volonté, dont les phénomènes s'accomplissent au centre de la substance grise, agit de là sur les ganglions centraux et les excite à la production de violents mouvements; nous pouvons croire également que, dans la vraie épilepsie il surgit de la partie superficielle de l'encéphale une influence qui est indépendante de la volonté, détruit le sentiment et cause l'irritation de ganglions situés plus bas et, par suite, les paroxysmes. En même temps, sans doute, le pont de Varole et la moelle allongée sont aussi excités, ce qui peut expliquer l'affection des nerfs respiratoires et de l'accessoire de Willis, d'où la distorsion de la tête. Il ajoute que dans des cas où les accidents ressemblaient en tout à l'épilepsie, la lésion la mieux établie était une ancienne adhérence des membranes dans un point de la surface encéphalique. Enfin, la conscience est abolie pendant la crise épileptique, et l'effet le plus constant de la maladie, si elle se prolonge, est l'imbécillité.

C'est le docteur Todd qui le premier avait émis l'opinion que le siège de l'épilepsie est dans les lobes cérébraux. Le docteur Maudsley se rangerait volontiers à cette manière de voir; et, pour corroborer les données précédentes, il rappelle les cas d'excitation maniaque

périodique qui représentent, suivant lui, une épilepsie larvée (vicarious), cas dans lesquels les convulsions mentales prennent la place des convulsions ordinaires du corps.

Tumeurs cause de manie. — Lorsque des tumeurs déterminent la folie, elles sont toujours formées de cholestérine (cholestéatomes), dit le docteur Wilks, et il se demande si la maladie n'a pas simplement coïncidé avec quelque autre altération inaperçue et plus immédiatement liée avec l'état de la lésion mentale du malade. A cela le docteur Maudsley répond qu'il y a des tumeurs de plus d'une espèce qui peuvent déterminer le dérangement de l'intelligence : tumeurs cancéreuses, fibreuses, tuberculeuses, syphilitiques, des cysticerques ; et, de plus, qu'on peut aisément se rendre compte que dans le cas où une tumeur cause la folie elle le peut par une action réflexe ou sympathique, absolument comme un abcès du cerveau qui peut déranger ou abolir pour un temps les fonctions intellectuelles du malade et, dans un autre moment, ne pas les affecter d'une manière sensible.

Maladies du cervelet. — Pour le docteur Wilks, un seul fait clinique ne vient pas à l'appui de la théorie qui veut que la fonction du cervelet ait pour but d'harmoniser et de coordonner les divers mouvements. Le docteur Maudsley est ici en complet accord avec M. Wilks et se demande comment des auteurs ont pu supposer une telle action au cervelet, et, en même temps, assigner comme fonction spéciale de la moelle de présider aux actes automatiques primaires et secondaires. Dans tous les cas de lésion cérébelleuse, le docteur Wilks n'a remarqué que ceci : désir du malade de rester tranquillement dans son lit, et désir plus vif encore d'être laissé tranquille ; symptômes que l'on remarque fréquemment dans d'autres maladies du cerveau.

En terminant son analyse, le docteur Maudsley regrette que le docteur Wilks n'ait pas comparé les faits qui lui sont personnels avec ceux des autres observateurs anglais ou étrangers ; il croit qu'une autorité si compétente aurait pu ainsi contribuer à éclairer le dédale si obscur et si compliqué de cette branche de la pathologie.

Au chapitre des observations cliniques, le docteur Maudsley rapporte longuement et analyse avec le plus grand soin deux faits qu'il emprunte à son ouvrage sur la physiologie et la pathologie mentales. L'auteur fait ressortir la différence qui existe entre la manie aiguë ordinaire que nous observons si souvent et ce délire maniaque

aigu que nous sommes parfois appelés à traiter (délire aigu des auteurs français).

Cette distinction, dit M. Maudsley, est d'une importance capitale, car si dans la manie aiguë il peut être opportun et avantageux d'insister sur un grand exercice en plein air et en obligeant même, si cela est nécessaire, le malade à marcher entre deux servants, une semblable pratique serait scientifiquement irrationnelle dans le délire aigu et amènerait les plus désastreuses conséquences.

Il serait préférable, dans ce dernier cas, de procurer au malade un complet isolement, afin de viser à lui fournir ce dont il a le plus besoin, le repos, loin d'aggraver sa maladie par un exercice forcé et des luttes funestes avec les servants. Le pronostic n'est jamais favorable dans le délire aigu, mais il est singulièrement influencé en bien, en un mot, suivant que le malade prend de la nourriture ou refuse de manger.

Les exemples choisis par l'auteur sont décrits avec le talent qui distingue cet écrivain et cet observateur, et les détails en seront consultés avec fruit.

Sous le titre de : *Traitement d'une certaine classe de malades destructeurs (déchireurs, etc.)*, le docteur E. Sheppard, médecin en chef et directeur de l'asile de Colney Hatch (section des hommes), écrit un véritable mémoire ayant pour but de faire un appel aux hommes spéciaux afin d'avoir leur opinion sur les meilleurs moyens à employer à l'égard de cette catégorie d'insensés qui mettent en pièces leurs vêtements, les objets de leur literie et tout ce qui leur tombe sous la main.

En Angleterre, ou, plus exactement, dans les asiles anglais, la camisole n'est pas plus tolérée dans ce cas que dans quelques autres circonstances exceptionnelles, et le docteur Sheppard, à bout de ressources, n'a trouvé rien de mieux que de placer ces malades, sans vêtements et sans lits, dans des chambres matelassées, maintenues à une température convenable. Il appuie cette mesure de considérations physiologiques tirées de l'exagération de la sensibilité, de l'hyperesthésie cutanée, de l'élévation notable de température qu'offrent ces aliénés. Suivant lui, il y aurait une espèce de cruauté à augmenter les souffrances de ces pauvres malades en les couvrant forcément de vêtements que leur instinct rejette, ce qui encore ne pourrait être obtenu que par un seul procédé, l'usage des moyens de contention. « Combien de fois, ajoute-t-il, n'est-il

pas arrivé à chacun de nous, malgré notre bon état de santé, au milieu de l'insomnie et d'une vive sensation de chaleur, de rejeter successivement toute espèce de fourniture de lit, à l'exception d'une chemise de nuit, avant d'arriver à ce sentiment de bien-être sans lequel le sommeil n'aurait pu être obtenu ! Combien de nous ont pu sans crime, quand ils étaient petits enfants, se promener ainsi sans vêtements dans leur chambre pour obtenir ce même résultat ! Pourquoi un aliéné, guidé par un instinct inoffensif et peut-être salutaire, ne pourrait-il pas jouir d'un semblable privilège ?

« Il y a des cas encore plus difficiles pour le praticien que ceux que l'on voit dans les manies aiguës avec tendance à la destruction. Ils se présentent dans certaines formes de la paralysie générale : persistance à tout déchirer, conceptions extravagantes, refus absolu de porter aucune pièce d'habillement, ou de rester couverts d'une manière quelconque dans leur lit. L'énergie de la vie qui s'éteint semble se concentrer dans le besoin de déchirer ou de mettre en pièces tout ce qui est à leur portée. Parfois même quelques individus de cette déplorable catégorie de malades parviennent à détruire les chambres matelassées, et alors on se trouve dans le plus grand embarras pour les maintenir et les diriger. La digitale, l'opium, le drap mouillé, tout traitement médical échoue. L'hyperesthésie et la chaleur anormale de la peau sont des indications aussi évidentes que possible que le contact doux et non-irritant de l'atmosphère est le vêtement le plus calmant et le plus rationnel. Dans quelques cas de paralysie générale, cette hyperesthésie cutanée et cette température ne sont pas continues, mais, au contraire, subissent certaines fluctuations, et la manie destructive varie communément avec elles. Ce qui vient d'une manière remarquable à l'appui des vues qui viennent d'être émises. »

Ici M. Sheppard donne la description de l'arrangement particulier des chambres à coucher qu'il conviendrait d'établir pour atteindre le but qu'il indique. Malheureusement il n'avait pas de semblables pièces, et il le regrette vivement, pour deux malades que les inspecteurs généraux trouvèrent nus dans des chambres dont les murs et le parquet étaient dépourvus de revêtement approprié.

Ce fut là l'occasion d'une grosse affaire ; cette méthode qui consiste à laisser, même temporairement, un malade sans vêtement, fut vivement blâmée. Les journaux ne manquèrent pas de signaler ce fait, leur critique amère et sans bienveillance affecta vivement notre honorable et digne confrère qui, sachant que tous les méde-

cins d'asile se trouvent souvent en face de semblables problèmes, demande à chacun d'eux comment ils les résolvent.

Le docteur Sheppard n'a pas reçu de réponse de ses confrères, mais il paraîtrait que son système a été généralement désapprouvé, telle est du moins l'opinion de M. le docteur Williams, médecin assistant de l'asile de Hayward's Heath, qui se croit bien placé pour savoir qu'il serait parvenu à cet égard, aux rédacteurs en chef du *Mental Science*, des communications significatives. Quoi qu'il en soit, M. Williams se charge, dans le numéro suivant (juillet 1867), de prouver combien, à son avis, la méthode du docteur Sheppard est vicieuse et blâmable. Il débute par réfuter l'assertion de ce praticien qui prétend « que tout commissaire qui a été superintendant d'un asile important, sait parfaitement qu'il se trouve beaucoup de malades qui restent découverts toute la nuit, qu'ils entassent dans un coin toute leur literie et tous leurs vêtements et qu'ils restent nus, s'occupant à déchirer ces objets. »

Ensuite, le docteur Williams trouve erronée la théorie physiologique mise en avant pour justifier le plan de traitement précédent. Depuis un an, surtout, il a, dit-il, fait usage avec grand soin du thermomètre dans les cas de folie, et il est arrivé à des résultats fort opposés à la théorie du docteur Sheppard. En un mot, chaque fois qu'il a noté la température du corps des malades destructeurs, il n'aurait trouvé aucune augmentation de chaleur ; de sorte que pour lui cette donnée du docteur Sheppard tombe à plat.

Enfin, suivent un certain nombre d'observations où il reproduit, outre l'état du pouls et la chaleur de la peau des malades, les traitements variés et persévérants à l'aide desquels il est possible d'arriver à calmer certains aliénés et à combattre leur tendance à tout détruire. Les préparations opiacées, la teinture de digitale à très-hautes doses ou à doses plus faibles, mais fréquemment répétées, le drap mouillé, jouent ici le principal rôle.

Cet écrit, un peu vif peut-être, dans certains points, n'a pas été du goût du docteur Sheppard, qui y répond dans le numéro d'octobre 1867, et qui relève, par-ci, par-là, les expressions qu'il trouve blessantes, et blâme hautement à son tour les errements thérapeutiques de l'asile de Hayward's Heath, qu'il appelle, tout simplement, de graves et dangereuses erreurs. « Administrer à un aliéné, dit-il, pendant des mois et des années, des médicaments aussi énergiques, et cela, le plus souvent, sans nul succès, c'est assumer une effrayante responsabilité ; cette conduite mérite d'être hautement réprouvée. »

M. Sheppard maintient ce qu'il a avancé à l'égard de certains

malades qui se mettent parfois nus dans leurs chambres et qui y restent des nuits entières. Cela se voit partout, dit-il, et ailleurs qu'à Colney Hatch, et il va, avec autant d'esprit que d'à-propos, chercher de nouveaux exemples de ce fait dans les observations mêmes que le docteur Williams a citées. « Ces observations, dit-il, ne font pas honneur à sa perspicacité, ne justifient pas son indignation et n'excusent pas ses indécentes réflexions sur ma naïveté. Ainsi, dans un cas, je lis : que lorsqu'on visite le malade le matin, on le trouve debout dans sa chambre, tout nu, et qu'il a tout déchiré. Et pour un autre : bruyant et destructeur, ces deux dernières nuits, ne veut pas rester au lit, erre dans sa chambre à peu près nu. Puis *ce pauvre homme se traîne encore dans les dernières phases de sa mortelle affection ; mais, tant que la digitale lui sera judicieusement administrée, il s'avancera lentement, mais avec calme, à sa tombe, sans être un objet de trouble pour lui-même et pour ses voisins.* Il est à craindre que bien souvent cette judicieuse administration (telle est l'expression) d'une drogue si puissante, la digitale, ne manquera pas de faire cesser tout bruit et tout désordre pour le malade et ceux qui l'entourent, et conduira ceux qui y seront soumis, non *tranquillement et doucement*, mais rapidement et déplorablement au terme final. Aucun remède ne produit une faiblesse plus mortelle et une plus inexprimable prostration que la digitale..... Cette thérapeutique, qui joue avec les poisons les plus terribles, cette intervention qui s'impose aux cas désespérés, est plus humaine aux yeux de quelques enthousiastes qu'une atmosphère chaude et tempérée, invisible mais sentie, se mettant en contact immédiat avec la surface du corps, l'enveloppant, la caressant doucement et pénétrant tous les pores de sa bénigne influence.

» Triste ! triste ! pour ceux qui sont soumis à cette rigoureuse discipline de ces médecins expérimentés dont le soin particulier semble être (dans l'asile de Hayward's Heath) de remplacer l'heureux délire ambitieux de ces pauvres fous paralytiques incurables, par les pénibles convulsions d'une vitalité opprimée. Un pareil traitement peut être prôné par ceux qui ignorent une *physiologie fautive*, qui ne mettent jamais en avant des *théories étranges*, qui ne produisent pas d'*observations inexactes* et n'écrivent pas de *mémoires attaquables*. Ce traitement peut obtenir l'approbation des autorités établies, exciter l'intérêt et la curiosité des hommes de science, mériter même le pseudonyme de philanthropie, ce nom qui semble couvrir et comprendre une multitude de folies ; mais il est, sans aucun doute, basé sur une conception erronée des besoins

et des exigences de la maladie et des moyens auxquels il faut recourir, etc., etc. »

Le docteur Sheppard maintient ici son assertion et ce qui concerne l'augmentation de la température de la peau de certains aliénés, et il cite ses expériences nouvelles à cet égard ; d'ailleurs, suivant lui, le thermomètre est même superflu dans ce cas : le toucher, un coup d'œil exercé suffisent pour faire reconnaître les phénomènes de chaleur et d'hyperesthésie ; de plus, Brown-Séquard n'a-t-il pas avancé que dans les cas de paralysie, l'hyperesthésie coexiste presque toujours avec une augmentation de la température ?

Cet article a motivé une réplique du docteur Williams dans le numéro de janvier 1868. Ce jeune médecin tient d'abord à établir que son premier travail n'a nullement été écrit à l'instigation des rédacteurs du *Mental Science*, et il s'efforce d'établir que ses assertions, ses intentions et son langage ont été mal compris et mal interprétés. Il demande, et cela avec raison, pourquoi un malade destructeur enfermé sans vêtements dans une cellule dont les murs et le sol sont revêtus de tissus de liège, ou de caoutchouc ou de toute autre substance, s'abstiendrait de mettre ce blindage en morceaux avec ses mains, ses ongles et ses dents. En terminant, le docteur Williams regrette que le docteur Sheppard, sans y être provoqué, se soit cru fondé à exposer devant ses confrères du continent la pratique du système du non-restraint, attendu qu'ils pourront partir de là pour attaquer cette méthode.

Suivent ici, en effet, des extraits de quelques journaux à l'appui de cette préoccupation. Ainsi, le journal allemand dont le docteur Griesinger est l'un des rédacteurs (n° de janvier 1868), contient une notice à ce sujet du docteur Westphals ; quoique la doctrine et la pratique du docteur Sheppard n'y soient pas approuvées, cette notice a pour titre : *Fruits du non-restraint*. Dans un autre journal allemand, le docteur Leidesdorf fait la remarque suivante : « Les éditeurs du *Mental Science* annoncent qu'ils ne sauraient partager les vues du docteur Sheppard, et ils demandent à leurs confrères quel est le mode le plus rationnel à suivre dans les cas analogues de manie destructive. Quoi qu'il en soit, il nous semble, après avoir examiné ce débat, que le système du non-restraint anglais, dont le docteur Sheppard se proclame lui-même un des champions les plus ardents, se trouve dans une étrange contradiction lorsqu'il est mis en face de ces cas difficiles. »

Le numéro de juillet 1867 du journal américain (*Of Insanity*), consacre également quelques lignes à cette grave question. L'auteur

de l'article, tout en n'acceptant que sous bénéfice d'inventaire la théorie du docteur Sheppard, pour expliquer les propensions à la destruction de certains aliénés, trouve que ses explications ont parfaitement réfuté les accusations de négligence et d'abus lancées contre son établissement. Mais elles semblent n'avoir été mises en avant que pour répondre aux difficultés pratiques de la doctrine du non-restraint..... « Personne ne voit plus clairement que nous les fâcheuses conséquences qui découlent de l'usage du restraint dans le traitement de la folie, et tous ceux qui s'efforcent d'y remédier ont nos sympathies les plus cordiales. Mais cependant, *user* n'est pas nécessairement *abuser*, et quiconque ne voit d'autre moyen, pour s'opposer à l'abus, que de prêcher l'entière abolition du restraint, peut être sûr de se trouver en face d'une multitude de difficultés pratiques et logiques. »

Les lecteurs des *Annales* me pardonneront d'avoir mis sous leurs yeux toutes les pièces de ce procès, que j'ai d'ailleurs beaucoup abrégées, car il est important de bien constater, une fois pour toutes, que la proscription absolue de la camisole conduit à des mesures et à des conséquences déplorables. Voici un praticien honorable qui, se trouvant en face de cas indomptables et donnant à plein collier dans le non-restraint, laisse ses malades nus dans des chambres matelassées. On le blâme officiellement et publiquement, il demande alors ce qu'il faut faire, et on lui répond : Donner coup sur coup 2, 4, 6 grammes de teinture de digitale à vos malades, quoiqu'il ait crié par-dessus les toits que c'est uniquement parce que la digitale, l'opium, le drap mouillé, etc., sont inefficaces, qu'il se trouve réduit aux abois, et que, d'ailleurs, il ne veut pas empoisonner son monde.

Lorsque au congrès de Rouen, en 1865, j'ai soutenu que, pour quelques cas exceptionnels, les moyens de contention étaient indispensables, MM. Mundy et Robertson se sont beaucoup récriés : lorsque j'ai avancé qu'en Amérique la camisole était parfois employée, MM. Mundy et Robertson (*Congrès scientifique*, p. 396) ont prétendu que j'étais dans une étrange erreur ; on peut juger, d'après les analyses que je viens de présenter de l'affaire du docteur Sheppard et du journal américain, combien il est facile, même avec la meilleure bonne foi, de nier la lumière ; il suffit de fermer les yeux.

Est-ce d'ailleurs pour le seul fait de la préservation de la lingerie, du vestiaire et des chambres matelassées qu'il faut mettre certains aliénés dans l'impossibilité de nuire ? La sécurité de ceux qui les gardent et qui, de jour et de nuit, sont exposés à leurs fureur et

à leurs agressions ordinairement si bien combinées, devrait passer, ce me semble, avant toute autre considération. Si vous voulez que l'infirmier soit désarmé, vous n'aurez bientôt plus, comme personnel, que des butors solides sur leurs hanches et exercés au pugilat. En est-on déjà arrivé là en Angleterre ? On le croirait, si l'on prenait à la lettre les rapports des inspecteurs généraux ; les plaintes qu'ils expriment à cet égard, dans ces documents imprimés, sont désolantes. Dans un travail publié en 1865, sur les workhouses de Londres (où l'on voit, par parenthèse, bon nombre d'aliénés en camisole), le docteur Edmond Anstie fait allusion aux *faits effrayants* qui ont lieu dans les asiles anglais. En un mot, le servant anglais est le bouc d'Israël de la situation ; cet animal est très-méchant ; quand on veut l'étrangler, il se défend ! N'est-il pas vraiment trop facile de mettre sur le compte de l'ivrognerie, de la brutalité, de la grossièreté, ce qui est la conséquence forcée de l'exagération d'un système qui ne laisse aucune ressource que la lutte à ceux de qui vous exigez patience, douceur, bons procédés ?

Dernièrement (29 novembre 1866), on lisait cet avis dans les journaux anglais : *Appel aux infirmiers* : « Une souscription vient d'être ouverte en faveur de Henri Burton et de Edwin Morgan, deux gardiens de l'asile d'aliénés de Surrey, qui subissent en ce moment une condamnation à l'emprisonnement pour des violences contre un malade de cet établissement. Des détails sur cette affaire se trouvent dans les journaux de Londres (24 octobre). Les servants des asiles qui considèrent *qu'à chaque instant et sans qu'il y ait de leur faute*, ils peuvent se trouver dans une semblable position, sont instamment priés de verser leur obole... A la fin de la souscription, le total des sommes recueillies sera publié dans le *Standard*, le *Weekly Times* et le *Lloyd's Weekly London Paper*. »

Ne vaut-il pas mieux se résigner à l'emploi exceptionnel de la camisole que de voir se reproduire constamment les scènes de violence dont les asiles anglais semblent être le théâtre ? Le *vieux restraint*, qui consiste à faire promener, dans les préaux et dans les champs, quatre ou cinq malades camisolés sur six cents aliénés, ne nous paraît nullement condamnable. *Usez, mais n'abusez pas !*

Si ces lignes tombent sous les yeux de notre très-honorable, très-savant et trop franc confrère, le docteur Sheppard, il ne manquera pas de trouver que je n'ai pas non plus donné satisfaction à sa requête. On lui défend de mettre ses malades à l'état de nudité ; il ne veut pas ou ne peut pas leur appliquer la camisole ; il craint de leur administrer des substances stupéfiantes à doses inquiétantes, et tout le monde est contre lui ! Voici un moyen que je me permets

de lui indiquer, mais qui, probablement ne sera pas encore de son goût, ni de celui des autorités qui ont la mission de surveiller les asiles anglais; il a été cependant mis en usage, rarement il est vrai, par le docteur Parchappe lui-même. Dans un cas de folle destructive incoërcible, on enfermait le malade, tout nu, dans une cellule, mais on lui fournissait de la paille en abondance dans laquelle il se roulait, qu'il hachait par petits morceaux et qu'on renouvelait sans cesse, jusqu'à ce que le caractère du désordre mental eût changé. Mais parfois l'aliéné mangeait son lit et son habit; alors il fallait en arriver à la camisole!

Dura lex, sed lex!

Revue de la médecine psychologique anglaise.

Cette analyse est due au docteur Williams, médecin assistant de l'asile de Hayward's Heath.

Le docteur Fielding Blandfort a fait, en six leçons, un cours sur l'aliénation mentale, à l'hôpital Saint-Georges à Londres; il a esquissé à grands traits les diverses formes de la folie, et donné les indications les plus rationnelles sur le traitement de cette maladie et des cas qui n'exigent pas absolument l'isolement dans un asile. Ses leçons paraissent le fruit de sérieuses observations dirigées par un esprit judicieux et investigateur. Ce n'est qu'en prenant congé de ses auditeurs que ce professeur distingué a essayé de donner une définition de l'aliénation mentale. Pour lui, « c'est un défaut de coordination, d'action harmonique des deux fonctions du cerveau, appelées communément sentiment et intelligence, état ou congénital, ou produit par la maladie; défaut d'harmonie qui altère ou détruit la véritable volition. »

Le docteur Longdon Down, qui a déjà décrit un cas d'absence de corps calleux (44^e vol. des *Transactions of the medico-chirurgical Society*), a donné la relation d'un second fait de cette nature. Il s'agit du fils d'un ministre du culte qui reçut, sans profit à peu près, l'éducation ordinaire. A peine s'il put parvenir à lire et à écrire quelque peu; même résultat pour le calcul élémentaire. Il était très-passionné pour la musique; sa mémoire, quoique mauvaise, était assez sûre en ce qui concernait les personnes et les choses. Sa physionomie était celle d'un imbécile; taille au-dessous de la moyenne. Il était timide, nullement démonstratif, et il aimait beaucoup les enfants; il était, au contraire, violent et emporté contre les personnes de son âge et du sexe féminin. D'autres indi-

vidus de sa famille, quoique occupant de bonnes positions, étaient évidemment d'une intelligence médiocre. Il mourut à quarante ans de pleuro-pneumonie. Suit la description de l'autopsie.

Le même auteur a fait connaître ses recherches (*Clinical lectures and Reports, London Hospital*) « sur les mariages consanguins en rapport avec la génération de la race. »

Ses notes ont porté sur 1138 cas d'idiotie (753 mâles et 385 du sexe féminin), proportion normale, suivant lui, c'est-à-dire qu'on trouve ordinairement deux idiots pour une idiote. Mais il n'a pu se procurer de renseignements positifs que sur 852 d'entre eux.

Sur les 557 idiots mâles, 33 étaient issus de cousins au premier degré; 3 étaient provenus de cousins au deuxième degré, et 4 de cousins au troisième degré; ce qui donne plus de 5 pour 100 de naissances d'idiotie pouvant être rapportées à des unions consanguines. Sur les 295 femmes, 13 provenaient de cousins au premier degré, 3 du deuxième et 4 du troisième degré : la proportion serait ici de 7 pour 100.

Cette différence, entre 5 et 7 pour 100, est remarquable, mais peut s'expliquer, dit le docteur Down, par le fait d'une cause prépondérante à l'idiotie du côté du sexe masculin, par la capacité plus grande du crâne des enfants mâles à la naissance et, par conséquent, au plus grand risque de lésion encéphalique pendant la parturition.

M. le docteur Down a également fait connaître ses vues sur la possibilité d'établir une classification des idiots d'après un ordre ethnologique (*Ethnic classification of Idiots*); autrement dire, l'arrangement d'un système naturel pour aider l'étude dérivant des recherches et de l'histoire appartenant à chaque cas.

Pour lui, d'après les observations qu'il a faites à Earlswood et ailleurs, une portion considérable des idiots peut être aisément rapportée à l'une des grandes divisions de la famille humaine autre que celle qui lui a donné naissance. Il se trouve néanmoins, parmi les idiots, de nombreux représentants de la grande famille caucasique. Plusieurs exemples bien frappants de la variété éthiopique l'ont frappé : os de la pommette caractéristiques, yeux proéminents, lèvres épaisses, menton fuyant. La chevelure laineuse ne manquait pas non plus, quoi qu'elle ne fût pas toujours noire; la peau n'avait pas le dépôt pigmentaire. Ces individus auraient pu servir de spécimens de nègres blancs, quoique issus de race européenne.

Quelques-uns se rangent dans la variété malaise : leur chevelure douce, noire et frisée, leur mâchoire supérieure avancée, leur vaste bouche en font des types de la famille qui peuple les îles de la mer du Sud.

Les analogues ne manquent pas non plus de ce peuple à front bas, à lèvres proéminentes, à yeux enfoncés, à nez rappelant un peu celui du singe, qui habitait originairement le continent américain.

La grande famille mongolique a ici des représentants nombreux, et c'est surtout sur cette division que le docteur Down désire attirer spécialement l'attention dans son travail. Un grand nombre d'individus atteints d'idiotie congénitale, dit-il, sont des Mongols types. Cela est si frappant que, placés à côté les uns des autres, il est difficile de croire que les spécimens comparés ne sont pas les enfants des mêmes parents.

Voici la description de cette espèce : La chevelure n'est pas noire, mais de couleur foncée, droite et peu fournie ; face large et plate sans saillie ; lèvres rondes et s'étendant latéralement ; yeux placés obliquement et dont les angles internes sont plus espacés qu'à l'ordinaire. La fissure palpébrale est fort étroite ; le front est plissé transversalement, par l'effet du secours constant que les élévateurs de la paupière empruntent au muscle occipito-frontal ; les lèvres sont larges et épaisses, avec des fissures transversales ; la langue est longue, épaisse et très-rude ; le nez est petit ; la peau offre une teinte légère d'un jaune sale, et manque d'élasticité ; on dirait qu'elle est trop large pour le corps.

Ce type s'est présenté plus de dix fois sur cent aux recherches du docteur Down. Ce sont des idiots de naissance, dégénérés, appartenant particulièrement à des parents tuberculeux. Ces cas demandent un traitement judicieux, une nourriture azotée combinée avec des substances oléagineuses. Ces idiots ont une aptitude singulière pour l'imitation, ce sont presque des mimes. La faculté d'imitation peut être singulièrement développée. En général, ils peuvent parler et finissent, à l'aide d'une bonne direction, par articuler assez bien. Faculté de coordination anormale, mais pouvant aussi gagner par l'éducation ainsi que l'adresse des mains. Circulation faible ; si l'on gagne pendant l'été du côté de l'intelligence, on est exposé à perdre pendant l'hiver. Tuberculisation à craindre.

Un intérêt philosophique incontestable s'attache à cet essai, dans ce moment surtout où il y a une certaine tendance à rejeter la croyance à l'unité de la race humaine. Ici, néanmoins, nous avons des exemples de rétrogradation ou, tout au moins, d'éloignement d'un type pour affecter les caractères d'un autre type.

« Si ces grandes divisions de races sont fixes et définitives, dit l'auteur, comment se fait-il que la maladie est capable de briser la barrière et de graver si profondément sur un visage les traits des membres d'une autre division ? Je ne puis m'empêcher de croire

que mes observations tendent à démontrer que les différences dans les races ne sont pas spécifiques, mais variables. »

J'ajouterai, en terminant ce compte rendu, qu'il y a en ce moment, à l'asile de Quatre-Mares, un idiot qui ressemble à un nègre, sauf la couleur moins foncée de la peau. Enfin, tout originale que paraisse cette classification du docteur Down, elle ne peut manquer d'apporter un certain appoint à l'opinion qui veut que certaines peuplades, au moins, ne soient pas des nations encore dans l'enfance, mais des nations en décadence, intellectuellement parlant; le *statu quo* est leur partage. Est-ce là le résultat du sol, du climat, des institutions sociales ou d'autres influences? Le fait n'en est pas moins désespérant.

Le docteur Handfield Jones a publié, dans le *British medical Journal*, un cas de délire spécial avec crise épileptiforme, après une fièvre grave, traité avec succès par la morphine, les toniques et même le vin de Porto et l'eau-de-vie. L'auteur explique ce phénomène par le défaut de nutrition du cerveau et l'hypéresthésie de cet organe. Cette explication est corroborée par cet autre exemple qu'il doit à son confrère le docteur H. Greenhow : Un jeune homme, convalescent d'une fièvre typhoïde fort sérieuse, eut une hyperesthésie des jambes, et ensuite un délire maniaque pendant lequel cette hyperesthésie disparut; mais elle se reproduisit de nouveau avec une grande intensité, lorsqu'après douze jours le délire eut cédé à l'emploi de la morphine.

Le docteur Robertson, sous le titre : *manie après la fièvre*, écrit au rédacteur du même journal pour appuyer l'observation et les remarques du docteur Jones, par des aperçus sur ce sujet qu'on peut lire dans le Traité du docteur Greisinger sur les maladies mentales. Passages où sont mentionnées les données appartenant à différents auteurs : Chomel, Louis, Simon, Sauvet, Leudet, Thore, pour ne parler que de nos compatriotes.

Cette revue se termine par une note sur un travail du docteur Th. More Madden : *Folie et responsabilité des insensés au point de vue criminel*, et sur une réclamation du docteur Thurnam, adressée au rédacteur du *Medical Times and Gazette*, au sujet de ses recherches sur les deux types des crânes des anciens Bretons.

Dans le soixante-dixième rapport sur l'établissement de *Friend's retreat* (1866), le docteur Kitching trouve, d'accord, selon lui, avec les meilleurs juges, que le but poursuivi à la colonie de Gheel a complètement été manqué. Ce qui était inévitable, comme tout ce

qui se base sur des principes erronés. « En cherchant à éviter les vices des grands établissements, on est tombé dans un excès contraire, le *traitement individuel*, mode de traitement le moins bien approprié à un grand nombre d'affections mentales, même dans leurs formes chroniques. »

Mais l'auteur indique quelles sont les classes de malades auxquelles on pourrait accorder plus de liberté individuelle, de facilité pour se rapprocher et jouir de la vie sociale, et il considère que, tels qu'ils sont aujourd'hui, les asiles demandent de notables réformes.

La question de l'encombrement des asiles anglais a suscité quelques remarques à l'un des collaborateurs du *British medical Journal* (janvier 1867). L'auteur dit que si l'on adopte le système suivi en Écosse, et qui semble, d'après le docteur Mitchell, donner les plus heureux résultats (le placement des aliénés incurables et inoffensifs dans les maisons de particuliers), il faudra, sans aucun doute, que l'inspection de ces malades se fasse avec plus de régularité et de sévérité que cela n'a lieu aujourd'hui, et que cela n'est du reste praticable avec le nombre actuel trop restreint des commissaires. « Il est du reste positif, dit-il en terminant, qu'il y a, d'ailleurs, un grand nombre d'aliénés dans tout le pays, qui vivent chez des logeurs sans être légalement inscrits. Et il n'est pas besoin des révélations accidentelles des mauvais traitements qui surgissent et excitent des émotions si pénibles, pour démontrer que beaucoup d'aliénés sont encore dépourvus de cette protection à laquelle leur déplorable état leur donne des droits tout particuliers. »

Le Mental Science.

3^e trimestre de 1867.

- I. Affaire de H. Gabites; étude médico-légale, par le docteur J. KITCHING. — II. Sur l'ataxie locomotrice progressive, par le docteur J. R. GASQUET. — III. Leçon d'introduction pour un cours de psychiatrie faite à l'Académie impériale Joseph à Vienne, par le docteur J. MUNDY. — IV. Observations cliniques; Le système du non-restraint dans le traitement d'une certaine classe de malades destructeurs, par le docteur D. WILLIAMS.

I. — L'affaire médico-légale dont il s'agit ici offre un intérêt que ne comportent pas toujours les questions de cette nature: l'âge du meurtrier, les conditions de son éducation, les commentaires lumineux du docteur J. Kitching donnent à ces pages une valeur incontestable.

Un enfant de seize ans et demi a tué à coups de marteau, un camarade de lit pendant son sommeil, et l'a achevé avec un couteau ; et cela, sans motif plausible, uniquement parce que, pour une faute légère commise par la victime, le patron, marchand drapier, chez lequel travaillaient ces deux jeunes gens, leur avait défendu de sortir l'un et l'autre.

Gabites, l'assassin, avait été sujet dans sa première enfance à des attaques d'épilepsie qui avaient duré deux ans. Il avait été saigné souvent pour ces accidents ; il était resté sourd après la cessation des crises, et sa mère craignait que son intelligence ne demeurât tellement atteinte qu'elle désirait presque qu'il ne vécût pas. Tant qu'elle fut près de lui, il trouva des soins si affectueux dans la maison paternelle, qu'il y avait lieu d'espérer que les forces physiques et mentales prendraient le dessus ; mais lorsqu'elle mourut, tout changea pour ce malheureux enfant qui vécut pendant huit ans sous la domination d'une belle-mère méchante et injuste ; condition peu propre à modifier avantageusement une intelligence débile, ou une résistance morale faible, à inspirer du courage contre la tentation, à diminuer l'intensité des impulsions malsaines ou à inculquer des idées correctes sur les devoirs sociaux. Tout, au contraire, semble avoir concouru dans cette déplorable atmosphère, à exagérer le mal de cette organisation défectueuse et peut-être même à déterminer de véritables conceptions délirantes.

La somme des préjudices causés à l'âme et à l'esprit du jeune Gabites par les mauvais traitements auxquels il a été soumis, ne peut être exactement appréciée, mais, probablement, elle a été beaucoup plus grande qu'on ne saurait l'estimer : La sensibilité d'un enfant faible et timide continuellement éprouvée par l'ascendant funeste d'une femme dure et tyrannique, a dû engendrer de terribles effets de terreur et de confusion. A chaque instant, Gabites s'entendait dire qu'il serait pendu. Rien n'est plus propre à agir profondément sur l'esprit d'un enfant que la suggestion répétée qu'il est marqué d'une espèce de fatalité à laquelle il ne saurait échapper ; l'esprit finit par accepter cette idée comme une vérité, elle y entre avec toute la force d'une hallucination. Aussi Gabites était-il persuadé qu'il tuerait quelqu'un ou qu'il se suiciderait.

Devant le tribunal, le docteur Kitching fit ressortir avec beaucoup de talent les défauts physiques et intellectuelles de l'accusé et l'état de trouble psychique ordinaire qui le portait à croire qu'il tuerait quelqu'un. Mais, d'après la définition de la loi anglaise, l'exemption légale, s'appuyant sur la folie, ne peut être applicable qu'aux personnes qui sont ou tout à fait insensées ou tout à fait

imbéciles. Gabites fut reconnu coupable, malgré les efforts du médecin et de l'avocat, mais avec circonstances atténuantes, vu son jeune âge.

Parmi les nombreuses et remarquables considérations émises par le docteur Kitching et qui mériteraient d'être toutes consignées ici, je citerai les suivantes :

« Tous les faits mis au jour par l'examen méthodique et scientifique de l'accusé et l'histoire de sa vie concordent à me faire conclure que dans ce jeune homme, nous avons un exemple d'un dérangement mental ne cadrant avec aucune des définitions actuellement exprimées dans la législation et, cependant, naturellement et de fait parfaitement établi, et réclamant par conséquent une place parmi les faits importants pour lesquels il faudrait aviser, lorsque la loi et la nature sont ainsi mises face à face.

» La détermination de la santé ou de l'insanité d'esprit d'une personne aussi jeune que Gabites, placée dans une situation aussi grave, exigeait que toutes les sources d'erreur fussent mises en lumière et qu'on pesât avec soin toutes les circonstances de sa vie passée. Il y a de plus un point de quelque importance qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est la différence entre l'insanité d'un individu jeune et celle d'un adulte. La maladie mentale dans le premier cas est moins aisément découverte et échappe plus facilement à l'attention, dans sa forme latente. Il existe des cas fréquents où elle s'est avancée en rampant avec les années chez une jeune fille ou un jeune homme, fortement soupçonnée de temps en temps, mais jamais nettement reconnue, jusqu'au moment où elle s'est manifestée par quelque acte d'incontestable folie. Pour l'enfance, on n'a pas les mêmes données de comparaison que pour un âge plus avancé. Un adulte a un caractère fixé, une longue suite de devoirs accomplis ou de responsabilités soutenues, base de comparaisons à établir et de jugements à former. Et, même avec toutes ces facilités d'investigation chez l'adulte, l'arrivée du désordre psychique est souvent si peu marquée, si lente dans sa progression, et se présente sous tant d'aspects variés, que les premiers linéaments sont saisis avec difficulté et ne sont appréciés à leur juste valeur que lorsqu'ils sont parvenus à une phase plus avancée et entrés dans le domaine de la folie confirmée. S'il en est ainsi pour les adultes, à bien plus forte raison pour les jeunes gens. Dans l'enfance, les caprices et les excentricités naturels à cette période de la vie, jettent un voile sur les premières manifestations de l'affection et endorment les alarmes sur leur tendance réelle. Ce sont, dit-on, les boutades d'une nature qui n'est pas encore soumise au contrôle d'une volonté formée et

intelligente ; c'est une abondance d'herbes sauvages, moisson d'une vie que ne dirige pas encore un sentiment de responsabilité, mais avec le cours des années le chaos moral fera place à l'ordre et à une conduite honorable et régulière. Ces espérances reçoivent le plus cruel désappointement par l'explosion d'énergies morbides se traduisant par quelque acte flagrant de cruauté ou de violence. Alors un flot de lumière vient éclairer les avertissements du passé, et la folie si déplorablement déclarée, réclame alors, comme lui appartenant, toutes les irrégularités accumulées depuis longtemps dont elle forme un faisceau pathologique d'une certitude palpable. »

Ces lignes que je viens de copier, mot pour mot, ont été écrites par le docteur Kitching bien avant que les débats de la trop célèbre affaire de la comtesse Chorinski eussent jeté un jour tout particulier sur l'état psychique et les antécédents du mari de la victime. Ne dirait-on pas qu'elles ont été tracées pour cette cause même ? et qui peut dire la portée de l'impression qu'elles auraient produite sur l'esprit des juges de la Cour de Munich, si elles leur eussent été connues, eux qui avaient déjà été ébranlés par les appréciations des docteurs Meyer, Morel et Griesinger.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait désormais séparer dans notre science les noms de Gabites et de Chorinski qui, entre autres points de similitude, ont été sujets, l'un et l'autre, dès la première enfance, à des crises épileptiformes.

Si les faits de cet ordre jouent un rôle immense et assez fréquent, pour nous, aliénistes, dans certaines affaires judiciaires, il est positif, néanmoins, que les exemples tels que les précédents sont heureusement rares et que nous devons les enregistrer soigneusement, pour l'avenir, dans l'intérêt des enquêtes médico-légales et surtout des accusés. Aussi, le docteur Kitching ne manque pas de chercher ces rapprochements, et « aucune observation, dit-il, ne lui paraît plus propre à corroborer les assertions qu'il vient d'émettre que celle du malheureux Townley. »

« Le meurtre de la jeune fille qu'il aimait et sa conduite ultérieure furent les anneaux les plus importants dans cet enchaînement relativement faible de circonstances d'où le diagnostic de l'aliénation mentale pouvait être posé. Avec quelles hésitations et quelles contestations empreintes d'un peu de passion, cette preuve ne fut-elle pas reçue ! Et pourtant, aujourd'hui, après les dernières scènes de cette tragédie, et que tout ce qui aurait pu suivre est enseveli dans le froid linceul de la mort, qui doute de la folie de Townley ? Des cas analogues sont assurément des plus instructifs, et devraient avoir pour résultat d'inspirer à ceux qui ne sont pas initiés, un peu de modestie

et de défiance lorsqu'ils dogmatisent sur ces difficiles questions. Nous réclamons plus d'indulgence et de respect pour ceux qui ont été journellement témoins des souffrances de leurs semblables et des douleurs profondes et secrètes des familles, ce que leur refuse parfois le public qui n'a pas passé par ces épreuves. Ces droits sont trop peu prisés et trop aisément mis à l'écart par l'effet d'une soif de vengeance et sous le prétexte trompeur de pourvoir à la sécurité de la société et de s'opposer à l'impunité du crime. »

Cette dernière citation, outre son importance générale, contient une révélation que je ne dois pas passer sous silence. Il semble donc positif que l'on ne met plus en doute aujourd'hui, en Angleterre, que Townley n'ait été un véritable insensé. On n'a pas oublié l'ardente, la violente querelle que cette affaire a soulevée parmi les aliénistes; jamais deux camps ne combattirent pour des opinions plus opposées et l'on peut dire que, de part et d'autre, jamais champions plus distingués n'entrèrent en lice. En France également, plusieurs de nos confrères inclinèrent à penser que l'assassin jouissait de la plénitude de sa raison. Telle ne fut pas mon opinion, et si l'on veut se reporter au volume de ces Annales pour l'année 1864, p. 307, on verra que je dis nettement que le rapport des premiers médecins était incomplet en ce qu'il faisait table rase des antécédents de l'accusé, des faits positifs d'hérédité morbide, etc. Si je me permets ici cette remarque, ce n'est nullement pour rappeler une polémique regrettable, mais pour insister sur le rapprochement qui doit être fait désormais entre trois causes célèbres, dans nos recueils psychologiques, et les noms de Townley, Gabites et Chorinski.

En tout cas, le rapport du docteur Kitching résume admirablement l'état de la science à cet égard et fait toucher du doigt toutes les difficultés qui se présentent pour le médecin expert qui alors a pour mission d'éclairer le tribunal, de lutter contre certaines préventions des juges et de démontrer qu'il y a d'autres formes d'insanité que celles qui sont inflexiblement établies par les législations.

Ce travail se termine assez plaisamment. Quelques jours après la condamnation de Gabites, le docteur Kitching reçut la lettre qu'on va lire; il est bon de dire que ce médecin distingué avait avancé devant le tribunal, entre autres preuves de l'insuffisance intellectuelle de l'accusé, qu'il lui était impossible de se rappeler les titres des cinq premiers livres de la Bible et l'ordre des commandements de Dieu, quoiqu'il eût fréquenté longtemps les écoles.

« Monsieur, j'ai eu l'avantage de découvrir aujourd'hui, pour la première fois, que je suis fou et que je puis commettre un meurtre

avec impunité, attendu que j'ignore positivement quel est l'ordre des cinq premiers livres de la Bible et des dix Commandements. Deux hommes instruits, actuellement près de moi, se trouvent aussi dans cette même et terrible situation; lorsque le moment sera venu d'accomplir notre destinée, c'est vous que nous avons choisi pour victime, nous espérons bien que vous aurez laissé, pour notre justification, les certificats propres à établir notre insanité. Veuillez, etc.» — Un élève de Cantorbéry.

Le docteur Kitching se rassure avec cette pensée que ces messieurs qui plaisaient sur leur ignorance, quant à l'ordre du Pentateuque et du Décalogue, n'en ont pas probablement oublié le contenu.

II. — Le mémoire du docteur J. B. Gasquet sur l'ataxie locomotrice progressive a pour but de présenter, dans un résumé, tout ce qui est acquis à la science, afin que des observations ultérieures puissent ensuite éclairer ce qui est encore obscur concernant la nature et le traitement de cette affection. Notre confrère a parfaitement suivi son programme; toutefois, comme les travaux français sur l'ataxie locomotrice sont au premier rang et que ce sujet ne rentre pas directement dans nos études, je me contenterai de transcrire ici ce qui regarde la partie thérapeutique.

« Nous ne sommes plus, Dieu merci! au temps où Romberg pouvait écrire avec vérité ces paroles: « Aucun malade atteint de cette affection ne peut guérir; tous doivent succomber, et la seule consolation qu'on peut offrir à ceux qui aiment la vie, c'est la perspective de la marche peu rapide de la lésion. » Nous condamnons aussi péremptoirement que lui les applications répétées de cautères, de sétons et de sangsues; mais aujourd'hui aucun praticien éclairé n'y a recours. Nous avons la ferme persuasion qu'un traitement judicieux peut beaucoup contribuer à soulager en général et parfois à guérir les malades. Malheureusement l'affection n'est que rarement et jamais même diagnostiquée avant qu'une destruction étendue du tissu nerveux n'ait eu lieu; mais alors même nous pouvons encore espérer de l'amélioration.

» A la tête des remèdes qui ont été essayés et qui se sont montrés inutiles, nous pouvons mentionner l'opium, le bromure de potassium et le seigle ergoté. Toutefois, ils n'ont pas été nuisibles, tandis que la strychnine n'a jamais produit aucun bien, et dans un cas relaté par M. Carré, elle a causé de violentes douleurs; l'iodure de potassium a semblé quelquefois aussi accélérer le cours de la maladie.

» La vapeur, les bains turcs ont également trompé les espérances

que l'on semblait en droit de fonder sur eux. Le docteur Althaus recommande spécialement, comme palliatifs, les bains sulfureux et l'électricité. Les vives douleurs du début sont soulagées par la belladone, le chanvre indien et l'huile de térébenthine à l'intérieur, et les ventouses sèches sur le cou et le dos.

» Dans quatre cas, Eisenmann a retiré des avantages positifs de l'usage régulier de la gymnastique, ce qu'il est bon de se rappeler à titre d'adjuvant d'un traitement plus actif.

» Mais le seul médicament qui ait obtenu une réputation de quelque importance est le nitrate d'argent, introduit par Wunderlich. Il semble avoir grande chance de succès lorsqu'il est administré de bonne heure; et quand il échoue, cela semble tenir ou à ce qu'il a été donné trop tard ou avec trop peu de persévérance. Les bons effets qu'il procure sont trop souvent aussi temporaires; encore dans ce cas, un usage plus prolongé est-il indiqué. Le docteur Althaus lui associe l'hypophosphite de soude qu'il regarde comme avantageux.

» L'arsenic, que des données théoriques semblent recommander, a été essayé plusieurs fois, mais avec un succès partiel dans un seul cas, qui appartient au docteur Teissier; nous avouons que nous inclinons fortement à l'expérimenter de nouveau. Nous aurions quelque confiance, sans données précises, dans l'aconit comme devant probablement soulager la douleur et à la ciguë comme agent curatif possible. »

A cela l'auteur ajoute une bonne nourriture, les toniques, l'huile de foie de morue et, lorsque cela est praticable, le séjour pendant l'hiver dans un climat chaud.

III. — Le docteur Mundy, dont l'activité égale la philanthropie, a inauguré un cours de psychiatrie, à Vienne, en novembre 1866. La leçon d'introduction qui se trouve reproduite dans ce numéro du *Mental Science*, est un début heureux et fait augurer très-favorablement du cours lui-même, qui, il faut l'espérer, sera publié et mis en la possession des hommes de notre spécialité.

IV. — Sous ce titre, le système du non-restraint dans le traitement de certaines classes de malades destructeurs, le docteur W. D. Williams répond au travail du docteur Sheppard. J'ai résumé toute cette affaire et la polémique un peu vive qu'elle a soulevée. (Voy. l'analyse précédente.)

Notes et Nouvelles.

Dans la réunion de l'Association médico-psychologique anglaise de 1866, le docteur Tuke et le baron Mundy ont offert, au nom de

cette Société, au Collège royal des médecins, le buste du docteur Conolly. Ce buste est un présent dû à la libéralité du docteur Mundy.

En rappelant les travaux du célèbre aliéniste anglais, dont le marbre conservera à jamais les traits, le docteur Mundy a ajouté : « Vous goûtez depuis presque un demi-siècle les fruits des travaux du grand homme qui n'est plus, et cependant vos voisins, ceux dont les rivages confinent aux vôtres, ont encore, au moment même où je parle, deux mille êtres malheureux liés dans des camisoles de force ; et le nombre total des insensés, sur le continent, séquestrés dans des cellules, fixés dans des lits et serrés dans des camisoles, s'élève en 1867 à cinquante mille. C'est pour moi, qui suis un étranger, une humiliation, mais en même temps c'est peut-être une preuve de mon courage professionnel, de dénoncer ces faits devant une aussi haute autorité que la vôtre, et dans une circonstance aussi solennelle que celle d'aujourd'hui. Mon but est uniquement de vous faire sentir l'importance de votre persistance à censurer cette barbare pratique ; et cela d'autant plus que vos compatriotes, persuadés par l'homme dont le buste est actuellement sous vos yeux, ont prouvé que les aliénés peuvent être traités autrement avec succès ; vous avez ainsi réalisé le plus grand bien qui pût être offert à cette portion infortunée de nos semblables (fellow-creatures). »

Il est difficile de savoir sur quelles données s'appuie le docteur Mundy pour baser sa statistique ; on peut toutefois s'apercevoir qu'il aime les chiffres ronds ; ainsi, il y a quelques années, dans la même réunion, il s'écriait que les 50 000 aliénés du Royaume-Uni vivent libres, sans contrainte et sans restraint ; aujourd'hui, triste parallèle ! il déclare qu'il s'en trouve juste tout autant, sur le continent, qui sont liés, immobilisés et privés de toute liberté.

Le docteur Maudsley a publié l'an dernier un ouvrage ayant pour titre « *Physiologie et pathologie de l'esprit* » ; et ici se trouve une courte dissertation à propos de cet important travail qui envisage la science mentale dans chacune de ses parties et embrasse tout ce qui, dans l'état actuel de la physiologie, est acquis à cette branche des connaissances médicales.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

The American Journal of Insanity. — Années 1865 et 1866 (1).

(Analyse par **A. BRIERRE DE BOISMONT.**)

SOMMAIRE. — Législation des aliénés. — Rapports sociaux des aliénés dans les causes civiles et criminelles. — Folie simulée. — Réactifs de la folie. — Manifestations pathologiques de l'aliénation mentale. — Influence de l'éloignement ou de la proximité pour un asile d'aliénés destiné au peuple. — De la question du travail et des hôpitaux pour les incurables. — Intempérance et folie. — Mode d'assistance des aliénés pauvres chroniques, dans l'État de New-York. — De la folie des femmes, occasionnée par l'abandon et la séduction. — Procès contre un médecin d'asile par suite d'une conspiration d'aliénés.

1865. *Janvier.* — Docteur Parigot, *Législation des aliénés.* — La nécessité d'une loi uniforme pour les aliénés dans chaque pays, est aujourd'hui à l'ordre du jour en Amérique, en Italie, en Espagne, etc.; M. le docteur Parigot, qui a traité ce sujet pour les États-Unis avec son talent habituel, cite, à l'appui de cette opinion, le douloureux procès Sagrera, en Espagne, où l'absence de loi entraîna la condamnation de trois médecins et de trois négociants honorables, à douze et à vingt ans de présides, pour une prétendue détention arbitraire. L'heureuse intervention de la Société médico-psychologique de Paris, dans cette grande erreur, est trop connue pour que nous y revenions (2). Mais si l'on voulait de nouvelles preuves des tristes conséquences de la privation d'une loi en faveur des aliénés, on les aurait dans le rapport de la commission, instituée en 1859, pour visiter les institutions charitables de l'État de New-York.

Les commissaires déclarent, en effet, qu'ils ont trouvé les aliénés et les idiots traités de la manière la plus honteuse dans ces établissements. Plusieurs de ces malades avaient été fouettés; l'isolement des aliénés avait lieu dans des cellules dégoûtantes où ils

(1) Voyez *Annales médico-psychologiques*, 1867, t. X, p. 390.

(2) Le rétablissement des accusés, dans tous leurs droits, depuis quatre ans, devait faire considérer cette affaire comme entièrement terminée. Nous avons récemment appris qu'on leur réclamait *onze mille francs* pour la consultation médicale, qui avait été la cause de leur condamnation. Espérons que cette singulière et malheureuse demande aura le sort qu'elle mérite!

étaient fixés avec des chaînes. Dans plusieurs de ces maisons, les hommes et les femmes étaient en cellules et complètement nus. Ces cellules étaient remplies de leurs déjections, la paille des lits réduite en poussière, mêlée aux matières, adhérait aux corps de ces malheureux et formait leur unique vêtement.

Sept ans après ce rapport, le docteur Van Anden, surintendant de l'asile d'Auburn, pour les aliénés condamnés, parlant de ces maisons de pauvres, les proclamait la honte de l'humanité. A la même époque, M. Parigot, parcourant accidentellement deux d'entre elles en Pensylvanie, raconte que les faits étaient absolument semblables, et il donne l'observation d'un vieillard, qui était enchaîné depuis treize ans (1864).

On peut lire dans l'intéressant ouvrage de M. le docteur Mitchell, sur les habitations particulières des aliénés en Écosse, des détails qui ne le cèdent en rien aux précédents (1). L'essai tenté à Lyon par M. Artaud, médecin en chef de l'asile de l'Antiquaille, pour répartir les aliénés chez les particuliers, est aujourd'hui presque entièrement abandonné. L'aliénation mentale qui traverse, en France, de mauvais jours, grâce à cet esprit de confusion, d'indécision et de calomnie qui envahit tant de choses, pourra voir la loi de 1838 quelque peu modifiée, mais ses bases fondamentales, édifiées par la clinique, résisteront aux attaques de l'ignorance et de la passion.

En terminant son travail, M. Parigot dit qu'une loi doit établir les droits personnels des aliénés, les devoirs respectifs des médecins et punir ceux qui les négligent.

Avril. — Parigot, *Rapports sociaux des aliénés dans les causes civiles et criminelles.* — Le célèbre docteur Ray, dans son rapport sur la législation, communiqué à l'Association des surintendants des asiles d'Amérique, dit que la responsabilité des aliénés pour les actes criminels est encore réglée aux États-Unis et en Angleterre par la loi commune, qui n'a rien de fixe. Partant de ce point, l'auteur de l'article, M. Parigot, fait observer que le critérium de la folie doit être pathologique, puisque le désordre de l'esprit est une maladie et qu'il n'y a pas à s'occuper si l'acte a été commis sous l'influence des conceptions délirantes ou en dehors d'elles, mais seulement à constater si l'accusé est fou. Des difficultés relatives à la responsabilité ont divisé les opinions, elles ont leur origine dans l'assimilation du crime à la folie. On a dit que les passions violentes détruisaient la liberté, et que l'homme qui avait perdu le contrôle de ses actes

(1) *Annales d'hygiène et de médecine légale.* Juillet 1868, p. 236.

était réellement aliéné. La grande différence consiste dans la cause qui conduit à la perpétration du crime. Dans les cas de crime, on peut éviter la cause, et il n'y a pas de symptôme de folie ; dans les cas de folie, la cause est fatale, puisque le médecin en indique les symptômes. Quelques-uns sont physiologiques et peuvent être comparés à une erreur commune ; d'autres sont de nature pathologique et accompagnés de folie. Il est clair que les juges ont confondu et confondent encore les deux cas.

M. Parigot fait observer qu'un des plus grands défauts de la loi française est de ne pas rendre obligatoire la présence des experts dans les affaires civiles, tandis que le code prussien ordonne, dans les cas de l'espèce, qu'un médecin procédera à l'examen de l'individu, réputé aliéné, en présence d'un magistrat.

Une question fort importante, soulevée dans cet article, est celle-ci, qui est souvent posée par les magistrats : en supposant qu'un homme fût réellement aliéné avant la perpétration du crime et qu'il se montrât sain d'esprit avec son accomplissement, quel était son état probable au moment de l'acte criminel ? La suggestion de probabilité, dit M. Parigot, ne saurait être un argument suffisant dans une question de vie ou de mort. En pareil cas, à moins d'évidence certaine, la règle à suivre est celle édictée par le code romain : *Si dubitetur quo tempore delinquerit, an tempore furoris, an sanæ mentis, in dubio est potius quod delinquerit tempore furoris.*

Résumant ensuite son travail, il conseille la plupart des mesures connues, mais il a soin de faire observer qu'aucune séquestration d'aliéné chez lui ou dans sa famille n'aura lieu sans l'autorisation des juges du district. Des précautions doivent être prises pour ses intérêts moraux et matériels. Dans les cinq premiers jours, le médecin du malade enverra un bulletin quotidien officiel au greffier de la cour. Un registre spécial contiendra l'histoire de la maladie, signé par le médecin ; l'aliéné, traité dans sa famille, sera sous l'inspection immédiate des commissaires de l'aliénation mentale. Aucun écrit émanant de malades notés et adressés aux autorités publiques ne pourra être retenu.

Juillet. — Chipley, *Folie simulée.* — L'auteur commence par faire remarquer que la folie a été regardée, dès l'antiquité, comme affranchissant ceux qui en sont atteints, de la responsabilité de leurs actes, et il cite à cette occasion les exemples d'Ulysse et du roi David, de Brutus, d'Edgar dans le roi Lear, des conscrits. C'est cette opinion qui a fait recourir tant de grands criminels à la simulation de cette maladie.

M. Chipley rapporte l'observation d'une veuve qui, regrettant

d'avoir acheté une maison, contrefit l'insensée pour échapper à ses engagements ; la ruse fut facilement découverte par l'exagération des moyens.

On a fait valoir, pour la simulation, l'intérêt qu'il y a à commettre une mauvaise action ; mais ce motif, dit M. Chipley, autorise tout au plus le soupçon et engage à redoubler de surveillance. Un cas fort curieux est celui du docteur Bell, relatif à un enfant de treize ans qu'on admit à l'asile de Mc. Lean, parce qu'il refusait la nourriture depuis longtemps, avait des spasmes, les yeux fixes, paraissait malade, amaigri, incapable de se tenir debout par épuisement, et laissait aller sous lui. Observé par un trou, on le vit sauter avec une extrême agilité, et au moindre bruit regagner son lit en gémissant et poussant des cris. Surpris par le docteur Bell, avant qu'il ait eu le temps de se mettre au lit, il abandonna son rôle, mais on ne put jamais savoir le motif de sa conduite.

L'auteur s'applique à montrer que les moyens employés pour arriver à la connaissance de la vérité, tels que les menaces, les mesures contentives et douloureuses, sont loin d'atteindre le but, outre qu'elles sont offensantes pour l'humanité. La méthode qu'il adopte, en pareil cas, est de rechercher les habitudes et les vices des parents, de s'assurer s'il y a eu parmi les membres de la famille, des fous, des hystériques, ou d'autres maladies nerveuses ? On doit aussi constater le caractère, les progrès de la maladie, les changements qui sont survenus, l'état du sommeil, la cohérence des manifestations, non-seulement avec la folie en général, mais encore avec les différentes formes ou variétés de la maladie, que l'accusé est supposé feindre, l'état de la santé générale et de tous les organes importants, sa conduite quand il se croit seul.

Après la lecture du travail de M. Chipley, de l'asile est du Kentucky, une discussion a eu lieu. M. le docteur Walker, de l'Hôpital lunatique de Boston, a dit qu'il voyait surtout des criminels, et qu'après en avoir examiné un grand nombre, il en était arrivé à cette conclusion qu'il n'y avait pas de règle fixe pour découvrir la folie feinte ou simulée. Il pense que le meilleur moyen est de placer ces individus à l'hôpital, à l'asile, et de les observer.

A cette occasion, le docteur Tyler a appelé l'attention de l'Association sur une classe d'individus généralement faibles d'esprit, toujours disposés à mal faire, à nuire, à voler, à semer la discorde, à faire du mal, hors d'état de s'occuper, dont personne ne veut, et que, dans son opinion et d'après son expérience, doivent être renfermés dans les asiles, dont souvent ils ne veulent pas sortir. Presque tous les médecins de l'Association ont rapporté des exemples de ce

désordre de l'esprit, et fait observer que ces individus n'avaient de pitié pour personne, qu'ils étaient un objet d'inquiétudes pour tous, et que les médecins seuls les traitaient avec bienveillance. Nous avons, dans plusieurs écrits, émis l'opinion que les tribunaux condamnaient très-souvent des coupables, faibles d'esprit, dont les facultés étaient amoindries ou obtuses, par suite des dégénérescences de leurs parents.

Octobre. — Docteur Tyler, *Réactifs de la folie.* — Ce médecin n'a pas de peine à prouver que les définitions de la folie ne peuvent servir de critérium pour son étude. Il établit aussi que tel acte qui n'excitera aucun étonnement, accompli par un homme d'un certain état, paraîtra dans une autre condition un acte de folie, etc. Il pense que c'est dans l'observation des principaux symptômes présentés par les malades que se trouvent les signes caractéristiques de l'aliénation mentale. Il met en première ligne l'exagération de l'égoïsme qui fait que le malade rapporte tout à lui ; il sent, parle et agit, parce que cela doit être ainsi.

Un autre signe général du désordre de l'esprit est le désaccord des paroles et des actes, ce que j'ai nommé depuis très-longtemps folie d'action.

Un troisième caractère, dont on ne s'occupe peut-être pas assez, est le changement de la physionomie générale, tels que l'expression particulière de la figure, des yeux, des manières, des mouvements, des attitudes, etc.

Il est certain que chaque maladie a sa physionomie propre, souvent difficile à reconnaître, mais qui se dessine visiblement dans les affections graves ; aussi avons-nous entrepris, il y a bien des années, des recherches nombreuses sur la prosopose morbide de la face dans la pathogénie générale, que nos travaux sur la folie nous ont empêché de mettre à exécution. Nous avons dit quelque chose de nos observations sur le signalement de la folie dans notre compte rendu publié par les *Annales médico-psychologiques*, concernant la bonne étude de M. Laurent sur la physionomie des aliénés (1).

Docteur Workman, *Manifestations pathologico-anatomiques de l'aliénation mentale.* — Ce médecin, qui a déjà donné une bonne traduction de l'ouvrage du professeur Schroeder van der Kolk, sur la folie, a traduit plusieurs chapitres de l'excellent traité du professeur M. Leidesdorf, de Vienne, sur la pathologie et la thérapeutique des maladies psychiques pour les médecins et les étudiants.

(1) *Ann. méd.-psych.*, 4^e série, t. I, p. 102, 1863.

Il est utile de signaler les œuvres qui intéressent notre science et qu'on publie à l'étranger, pour appeler sur elles l'attention des travailleurs français, auxquels on ne saurait assez recommander l'étude des langues anglaise et allemande.

1866. *Janvier*. — Docteur Edward Jarvis, *Influence de l'éloignement ou de la proximité pour un asile d'aliénés, destiné au peuple*. — Loin de penser à abattre les asiles, les Américains s'occupent à en élever de nouveaux, de concert avec l'autorité des États, ce qui prouve que nos néo-aliénistes ont eu peu de succès dans le pays du fait et de l'avenir. M. le docteur Jarvis s'occupe d'abord de l'opportunité du lieu. Prenant pour point de départ les districts de l'État de New-York, à l'exception des villes de New-York et de Kings, qui ont leurs hôpitaux propres, il établit que le district d'Oneida, qui est le plus rapproché de l'asile d'Utica, fondé en 1843, a envoyé à cet asile, dans l'espace de vingt-trois ans, 872 aliénés, ce qui donne 1 aliéné par 2772 habitants. Les trois autres districts qui s'éloignent de plus en plus de cet asile, ont fourni, dans le même espace de temps, le second, 1809 malades ou 1 sur 5820 individus; le troisième, 2222 aliénés ou 1 sur 7351 personnes; enfin, le quatrième, 2440 aliénés ou 1 sur 11 535 habitants. Cette différence d'admission, selon l'éloignement, n'est pas particulière à l'État de New-York, elle a aussi lieu pour les vingt-deux autres États et deux provinces anglaises, ainsi qu'on peut le vérifier dans les relevés de M. Jarvis.

Cette influence de l'éloignement est prouvée par l'érection d'autres asiles plus centraux; ainsi les habitants qui envoyaient peu de malades aux établissements situés loin du centre de l'État, en envoient beaucoup, lorsqu'on construit un asile plus rapproché d'eux. Les habitants de l'État de Bristol qui, dans un intervalle de huit ans, n'avaient adressé à l'asile de Worcester que 151 malades, 1 sur 4434 individus, ont fait admettre, pendant le même espace de temps, au nouvel hôpital plus rapproché d'eux, 324 malades ou 1 sur 2194 habitants.

La construction des asiles au centre de chaque État est donc une mesure indispensable pour faciliter le traitement; cette mesure fait cesser l'encombrement, diminue les dépenses et détruit beaucoup de préjugés, et en particulier ceux que l'ignorance a cherché à propager contre ces maisons de bienfaisance.

Avril. — Docteur Ray, *De la question du travail et des hôpitaux pour les incurables*. — Ce médecin éminent admet que le travail est nécessaire pour l'amélioration et la santé des aliénés; mais il combat les exagérations de cette méthode et cite, en réponse à ceux qui ont

cru qu'on pourrait défrayer les dépenses d'un asile avec le travail des aliénés, l'exemple de la maison pénitentiaire du Massachussets, à Charlestown, dont les travaux, pendant six ans, n'ont pas acquitté les dépenses, quoiqu'il reconnaisse que d'autres États ont été plus heureux ; mais, dans ce cas, les individus avaient leur raison, ce qui est une grande différence. Relativement aux asiles anglais où le travail paraît avoir eu de très-bons résultats, le docteur Ray fait la remarque que nous avons faite, il y a longtemps, sur le caractère des races ; ainsi pour Gheel, nous disions que les aptitudes religieuses et morales des Flamands les rendaient plus propres à obéir ; que le respect des Anglais pour la loi diminuait de beaucoup les difficultés des autorités. Le docteur Ray insiste avec raison sur le caractère de la race anglaise, tandis qu'il fait observer que le fou américain, individualiste comme tous ses compatriotes, sait très-bien dire : je suis venu pour être traité et non comme obligé à travailler. Il ajoute que, malgré cette différence de race et d'autres avantages, les asiles d'Angleterre ne sont pas, cependant, parvenus à équilibrer leurs dépenses par le travail. M. Ray cherche si le traitement à l'air libre de la colonie de Gheel pourrait atteindre ce but qu'il n'attend pas des établissements projetés pour les incurables. Il n'a pas de peine à démontrer que les habitudes et les mœurs des États-Unis seraient contraires à une pareille création ; le caractère même de la race américaine serait son plus grand obstacle. Cette expérience a, d'ailleurs, été tentée dans la nouvelle Angleterre pour la maison des pauvres dont les tenants étaient des hommes comme ceux de Gheel, et ces maisons, quoique pourvues de tout ce qui était nécessaire pour le résultat, ont souvent péri. M. Ray conclut que, ce qui lui paraît jusqu'ici présent le plus sûr, est de conserver dans les asiles bien tenus les malades incurables.

La question des hospices à créer pour remédier à l'encombrement des asiles actuels, a donné lieu à de nombreux travaux sur ce sujet. Nous dirons plus loin quelques mots de celui du docteur George Cook.

Juillet. — Docteur Chipley, *Intempérance et folie.* — Ce médecin a fait connaître son opinion sur les rapports de l'intempérance et de la folie avec la loi. C'est ce travail que nous allons examiner. Il s'agit d'un individu appelé Robert Smith, condamné à être pendu pour avoir tué un homme sous l'influence de l'ivresse. Le jugement ayant été cassé en appel, M. Chipley discute le cas en général, et en particulier les raisons du juge Robertson, pour la cassation du jugement, tirées de l'excuse de folie.

Il est évident que l'ivresse obscurcit et désagrége les facultés de

l'esprit. Mais si la désharmonie n'est que temporaire et connue d'avance, l'offenseur est justement considéré comme responsable; suivant le juge Robertson, l'excuse peut être invoquée, parce que l'ivresse est une folie transitoire. A ce point de vue, répond M. Chipley, la société serait sans protection contre les ivrognes. Il y a, croyons-nous, des distinctions à faire : au début, la responsabilité doit être conservée, mais mitigée; il n'en est plus ainsi lorsque le besoin de boire est devenu irrésistible, et les exemples nombreux, que nous avons sans cesse sous les yeux, de personnes haut placées, très-instruites, ayant reçu la meilleure éducation, qui perdent tout, rang, position, fortune, considération, honneur, n'attestent que trop la violence malade de ce penchant. Il y a une autre classe de buveurs, beaucoup plus restreinte, qu'on a appelés dipsomanes, chez lesquels le besoin de boire éclate à certaines époques d'une manière impérieuse; cet état se manifeste quelquefois à la suite d'une blessure à la tête; d'autres fois au temps critique, pendant une grossesse, etc. Ces deux variétés de buveurs sont certainement irresponsables.

M. Chipley reconnaît également que l'habitude doit être prise en considération et qu'elle modifie le jugement à porter. Il met hors de ligne les buveurs qui sont devenus aliénés. L'argument sur lequel s'appuie le juge Robertson pour admettre comme excuse en faveur de l'ivresse le doute rationnel de la folie est celui de l'union des facultés intellectuelles et morales; si celles-ci sont lésées, l'homme n'est plus libre. Il est certain, en effet, pour ceux qui admettent l'unité spirituelle que les facultés d'un ordre ne peuvent être altérées, sans que celles de l'autre ordre ne soient à leur tour influencées. M. Chipley nous paraît se ranger à cette opinion, et c'est la folie morale seule qu'il combat. Nous sommes de son avis, car sur près de trois mille aliénés que nous avons été à même d'observer, nous n'avons jamais constaté l'intégrité de l'intelligence avec les lésions du moral. Plusieurs fois nous avons noté un raisonnement très-serré, très-difficile à rétorquer, mais cet état n'est pas la même chose que l'intégrité de l'intelligence. Il faut aussi avouer qu'il y a des cas rares où l'on se trouve fort embarrassé pour distinguer la perversion malade du moral de la véritable perversité. L'observation quotidienne et prolongée dans nos asiles peut seule trancher les difficultés. La magistrature française a adopté cette pratique. Nous avons eu dans notre établissement une dame, examinée par un inspecteur général d'un grand mérite, Parchappe, qui conclut à sa mise en liberté. Cette dame ne voulut pas sortir et est morte dans l'établissement. L'observation n'a laissé aucun doute sur le désordre de ses

facultés intellectuelles et morales ; par moments, elle disait elle-même, je suis folle ! Nous l'avons entendue s'écrier en riant, à la suite d'un de ces examens : je l'ai mis dedans !

Nous protestons avec notre confrère, contre l'hypothèse qui transforme chaque vice en une forme de folie ; mais nous ne saurions assez répéter qu'une longue analyse de la vie ne nous permet pas de douter que le crime ne soit souvent une conséquence de la folie. Nous avons, en effet, fréquemment noté l'hérédité de ce mal au point de départ ; le vice de l'ivrognerie des parents a incontestablement aussi une grande influence sur la dégénérescence de cette multitude d'arriérés, d'imbéciles, que nous voyons chaque année condamnés par les tribunaux, et qui semblent tout à fait étrangers à ce qui se passe autour d'eux.

La rareté de la folie morale que le docteur Chipley n'admet pas, est rendue incontestable par les faits suivants qu'il emprunte à la pratique de ses confrères ; ainsi, les docteurs Mc. Farland, sur 3000 aliénés, Gray, sur 5000, Workman, sur 2000, Ranney, sur 6000, et lui-même sur une moyenne, pendant onze ans, de 200 malades, n'ont pas trouvé un seul cas de folie morale isolée.

M. Chipley considère comme un malheur, pour l'étude de la folie, la tendance des maîtres à multiplier les variétés de cette maladie. Cela est sans doute vrai ; mais il n'en est pas moins constant qu'il faut mettre en lumière les caractères qui ont une importance réelle, par exemple, le raisonnement dans la folie (folie raisonnante), mais en les rapportant toujours au type général ; c'est ce que nous nous sommes efforcé de faire dans le travail, sur ce sujet, publié par les *Annales d'hygiène* (1).

M. Chipley s'élève contre la doctrine qui infère la folie de la simple absence de motif, de l'atrocité de l'acte, et la rapporte, dans ce cas, à une impulsion irrésistible. Nous ne sommes pas aussi exclusifs ; nous croyons que ces deux motifs doivent engager à rechercher le désordre de l'esprit avec le plus grand soin ; si l'on ne parvient pas à le trouver, il vaudrait mieux, dans le doute, envoyer ces malheureux aux asiles spéciaux, suivant la coutume anglaise que nous désirons voir adoptée en France. M. le docteur Chipley fait valoir contre l'absence de motif l'observation de Henriette Cornier, où elle avait été invoquée. Il dit que, treize ans après la condamnation, la *Gazette des tribunaux* révélait que cette fille avait voulu se venger de son ancien amant B..., en tuant son enfant. M. le doc-

(1) *De l'importance du délire des actes pour le diagnostic médico-légal de la folie raisonnante*, t. XXVII-XXVIII, p. 76-364, 1867.

teur Lefèvre, médecin d'une famille où H. C... était domestique un an avant le meurtre de l'enfant, nous a rapporté, à la Société de médecine de l'ancien huitième arrondissement, qu'il avait donné le conseil de la renvoyer, parce qu'elle avait avoué, à cette époque, qu'elle craignait de tuer l'enfant de la maison.

Docteur George Cook, *Traitement des aliénés pauvres chroniques dans l'État de New-York*. — Ce travail est destiné à élucider la pensée de la création de l'asile de Willard, qui doit recevoir les aliénés pauvres chroniques, qu'on envoyait dans les maisons de travail. Il fait en même temps connaître les tendances de nos confrères d'Amérique, sur les moyens de pourvoir au placement des aliénés chroniques, sans encombrer les asiles destinés au traitement. A l'objection de faire un pas rétrograde, en établissant des asiles pour les aliénés incurables, M. Cook répond que la proposition de l'Association des surintendants médicaux des asiles américains de ne construire des établissements que pour deux cent cinquante malades, ayant été rejetée par l'État de New-York, comme trop dispendieuse, il faut s'occuper de ce qui est possible. Il admet la séparation des aliénés (cas récents et anciens), en montrant que les seconds exigent moins de frais d'établissement et d'entretien par un judicieux emploi des travaux d'agriculture, pour ceux qui sont capables de s'occuper ; il estime la dépense des aliénés de cette catégorie à 2 dollars par semaine. Il pense qu'on pourrait obtenir le même résultat en faveur des asiles d'État, en leur annexant des cottages. Nous sommes d'avis que le système des fermes agricoles dans le voisinage des asiles et sous leur inspection, que nous avons soutenue devant l'Académie des sciences (1863), est encore maintenant ce qu'il y a de meilleur ; mais nous conseillons de chercher les moyens de placer les aliénés chroniques dans des habitations particulières, ainsi que cela a eu lieu en Écosse, avec la surveillance médicale de l'asile central. Le docteur Cook, en terminant son travail qu'il faut lire dans l'original, émet l'opinion de créer, dans les principaux centres, des asiles à bon marché pour les quinze cents aliénés chroniques qui ne peuvent être maintenant admis dans les établissements existants de l'État de New-York.

Octobre. — Docteur Ray ; *De la folie des femmes, occasionnée par l'abandon et la séduction*. Nous avons déjà eu l'occasion de parler de l'opinion du célèbre Hunter, qui, dans ses *Observations et ses recherches médicales*, t. VI, p. 266, a soutenu que chez les jeunes femmes non mariées, coupables de tuer leurs nouveau-nés, le crime avait son point de départ dans le conflit des sentiments, porté au plus haut degré par le grand mouvement physiologique de la parturition, double cause à faire valoir pour l'irresponsabilité de leurs actes. Le

docteur Ray, dont la réputation médico-légale a traversé les mers, a repris cette thèse, lors du procès de Marie Harris, qui a eu lieu en 1866 à Washington. Cette jeune fille, exaspérée de l'abandon de son amant, après s'être procuré des armes et avoir fait plusieurs centaines de milles, assassina son séducteur. Le docteur Nichols, surintendant de l'asile des aliénés de l'État, depuis plus de vingt ans, ayant affirmé que Harris était folle non-seulement au temps du meurtre, mais même au moment de l'examen, le jury la déclara non coupable, et elle fut mise immédiatement en liberté. Rien n'indique qu'à ce moment elle fût rétablie; aussi le docteur Ray émet-il l'opinion qu'il est impossible que l'État de New-York n'imité la conduite des autres États, qui ont arrêté qu'en pareille circonstance, la personne acquittée devra être envoyée dans un asile et gardée jusqu'à son parfait rétablissement.

Ce praticien insiste, dans les cas de l'espèce, sur la force du choc moral, l'extrême susceptibilité nerveuse de la femme, sa tendance à l'hystérie, tous faits éminemment favorables à la production de la folie. Il appelle l'attention des cliniciens sur les observations de cette catégorie et en cite une qui lui est personnelle. Il s'agit d'une femme Irlandaise très-belle, recherchée par un jeune homme. Celui-ci, ayant voulu la violer, sans pouvoir y réussir, elle conçut contre lui une telle haine, qu'elle ne cessa de le poursuivre, jusqu'à ce qu'elle l'eût dangereusement blessé avec un canif. Conduite en prison, elle y donna des signes d'une exaltation désordonnée. Dans l'interrogatoire que lui fit subir Ray, elle parla avec douceur et d'une manière raisonnable, excepté sur l'acte incriminé. Devant les juges, elle se conduisit convenablement jusqu'au moment où parut le jeune homme, ce qui excita chez elle un transport de rage. La cour ordonna de la mettre dans un asile. Cette jeune fille voulait, à toute force, être jugée, déclarant qu'elle n'était pas folle. Pendant longtemps elle eut des accès de fureur. Dans les derniers mois, elle devint tranquille et put être rendue guérie à sa famille, après un séjour de dix-huit mois à l'asile.

Le docteur Ray, tout en plaignant les jeunes filles trompées, reconnaît que ce n'est pas sur la trahison dont elles sont victimes qu'il faut s'appuyer pour les déclarer folles et les absoudre, mais sur l'existence des symptômes propres à la folie. Ceci nous paraît sans conteste. Mais nous croyons qu'on ferait une chose juste en mettant l'enfant à la charge du père, et en le condamnant à une indemnité pécuniaire envers la femme, lorsqu'il serait prouvé, par l'enquête, que celle-ci était honnête et a été trompée par des promesses fallacieuses.

déchirants. On le lui amène, elle le regarde avec indifférence : ce n'est pas lui, s'écrie-t-elle, et il fallut faire sortir l'enfant désolé. Ces malades reviennent sans cesse sur la mesure qui leur a été appliquée, jusqu'à ce qu'elle ait pris les proportions d'un crime, et la principale affaire de leur vie est d'en railler les auteurs ou de chercher à les punir, leur amour-propre blessé ne pardonnant jamais l'internement. Ils peuvent raisonner sainement sur les autres sujets, ils sont monomaniaques sur celui-ci. Lorsque ces individus quittent l'asile imparfaitement guéris, ils emportent un sentiment de haine contre tous ceux qui ont participé à la mesure. Dupes d'un symptôme très-commun, celui de voir les choses autrement qu'elles ne sont et d'interpréter les paroles dans un sens qu'elles n'ont pas, mais conformément à leurs idées fausses, ils partent de l'asile avec des impressions qui n'existent que dans leur tête, et qui sont le reflet, souvent très-bien systématisé, de leurs croyances à des ennemis acharnés. Aussi peuvent-ils en imposer aux personnes du dehors auxquelles l'expérience n'a pas appris que le déplorable tableau qu'ils font des mauvais traitements adoptés à leur égard par le médecin n'est qu'une invention de leur imagination malade. Nous traitons en ce moment une dame de soixante-quatorze ans, qui ne cesse de nous dire, les larmes aux yeux, que sa domestique la roue de coups, sans que son corps, qu'elle nous découvre en entier chaque jour, porte la plus légère trace de ces prétendus sévices.

Il n'en est plus ainsi, quand les malades sont parfaitement guéris. Ils conservent, avec les chefs de l'établissement, de bonnes relations et reconnaissent qu'on a eu raison, dans leurs crises, de prendre des précautions pour les empêcher de se nuire à eux-mêmes ou de nuire aux autres. Il y a plus, c'est qu'on trouverait parmi les aliénés de l'asile, des individus qui diraient à ces victimes de l'arbitraire : vous vous plaignez d'avoir été injustement séquestrés, vous ne vous rappelez donc pas que vous avez dit et fait telle et telle chose ; pour nous, vous étiez un des plus malades de la maison !

Mais, poursuit-on, qui assure que le séjour du malade n'ait pas été prolongé outre mesure ? Il faut d'abord distinguer entre la guérison complète et l'amélioration. Tous les médecins ont observé des malades qui paraissent avoir entièrement recouvré la raison ; mais dans l'expression de leur visage, dans leurs gestes, leurs paroles, leurs actes, il y avait quelque chose d'irrégulier. Tout n'était pas droit, comme disent les Anglais (*all was not right*). Si l'on eût laissé partir le demi-convalescent dans cet état, il y aurait eu des chances presque certaines de rechute. Il y a, d'ailleurs, d'autres garanties contre cette prolongation illégale, d'abord la réputation

du médecin d'asile, qui ne peut que gagner par les guérisons nombreuses, puis les mesures prises par l'autorité américaine, dont les visites fréquentes découvriraient facilement les détentions injustes ou prolongées.

Si nous avons insisté sur cette réfutation du docteur Stokes, c'est que nous voulions montrer que les attaques des ennemis des asiles américains n'avaient fait surgir dans le pays de la liberté par excellence aucune mesure contre ces établissements. Loin de là, beaucoup d'États prennent des résolutions pour en augmenter le nombre et avoir des moyens d'assistance pour les aliénés chroniques, afin de faire cesser l'encombrement des premiers asiles. L'Américain, dont le sens pratique est le caractère distinctif de la race anglo-saxonne, a très-bien vu que la folie était une maladie due à la surexcitation du système nerveux, comme il a compris qu'il fallait établir des refuges spéciaux pour les aliénés buveurs, dont le chiffre va également en augmentant. Appeler la folie, comme nous l'avons fait autrefois, la maladie de la civilisation actuelle, c'était tout simplement dire qu'elle tenait à l'ébullition constante de la société. C'est encore dans ce sens que nous avons nommé la paralysie générale, une affection morbide du siècle, les trois-quarts de ceux qui en sont atteints ne parlant que de millions, de milliards, surtout en France.

Quant à la dénonciation des aliénés de l'institut de Mount-Rope, elle s'est terminée, comme se termineront toutes les affaires de ce genre, quand elles sont plaidées au grand jour de la publicité et non pas seulement racontées par les journaux qui les arrangent suivant leurs idées. Le verdict de la Cour de Maryland a réduit les vingt chefs d'accusation à néant, en déclarant non coupables le médecin et les sœurs, et le talent des défenseurs n'a que trop prouvé sur quelles bases faibles et inusitées reposait le procès, en même temps qu'il a fait connaître au public l'organisation si utile et si bienfaisante des asiles.

BIBLIOGRAPHIE.

PSYCHIATRIE ALLEMANDE.

DISCUSSION SUR LE MEILLEUR MODE D'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS.

GRIESINGER, *Ueber Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland. Archiv für Psychiatrie*, vol. I, p. 8 à 44. — LAEHR, *Fortschritt? Rückschritt!* brochure in-8 de 88 p. Berlin, 1868. — BROSIUS, *Der Umschwung in der Psychiatrie* (Extrait de *l'Irrenfreund*, 1868.

Une discussion très-intéressante vient de commencer en Allemagne sur le meilleur mode d'assistance des aliénés et sur la forme la plus avantageuse à donner aux asiles. Le professeur Griesinger, que cette question, paraît-il, préoccupait depuis un certain temps, vient le premier de jeter le gant à ses confrères dans un premier article plein de verve et de talent, mais empreint de cette ironie mordante et de ces allures un peu hautaines et dédaigneuses qui, plus peut-être que ses idées mêmes, ont contribué à lui attirer de violentes répliques, et nous assistons à une joute, qui, abstraction faite d'attaques personnelles, dont nous n'avons pas à apprécier la valeur et l'à-propos, ne peut, quel qu'en soit le résultat pratique, que tourner à l'avancement de la science et à l'augmentation du bien-être des aliénés assistés.

Voici les idées fondamentales de M. Griesinger, la base sur laquelle il veut bâtir l'édifice de ses réformes :

» Les grandes réformes, dit-il, qui eurent lieu en Allemagne il y a 40 à 50 ans, eurent pour point de départ la constatation, on pourrait presque dire la découverte du fait, qu'un certain nombre d'aliénés étaient curables. Cette pensée présida à tout ce que l'on fit depuis dans le domaine de l'assistance des aliénés et surtout à la création d'asiles distincts pour les malades curables (Heilanstalt) et pour les incurables (Pfegeanstalt). De nos jours encore, on est continuellement à la recherche des voies et moyens de distinguer et de séparer convenablement ces deux catégories, afin d'assigner à chaque malade la place qui lui convient. Et cependant il n'est pas douteux que cette distinction de curables et d'incurables est insuffisante dans la pratique pour servir de base à la création d'établissements sépa-

rés. Les signes de la curabilité (en tant que devant servir de base à l'admission dans les asiles) sont très-peu certains et ne le deviennent souvent même pour le spécialiste, qu'après un long temps d'observation dans l'asile, c'est-à-dire trop tard; l'un des signes les plus précieux de la curabilité, signe auquel on attache une importance extrême — la courte durée de la maladie — est dans l'application beaucoup trop générale qu'on en a faite, absolument faux et ne peut qu'entretenir les illusions les plus trompeuses; exemple : les paralysies générales. Ce signe n'est donc certain que pour un nombre restreint de malades, mais alors il a une grande valeur. Les notions de curable et d'incurable ont été en général appliquées beaucoup trop souvent et avec trop peu de réflexion; les guérisons complètes ne sont pas si fréquentes qu'on le pense, elles ne sont même *possibles* que chez un petit nombre de malades. La pratique a toujours donné un démenti aux théories d'après lesquelles on a établi des asiles distincts pour les curables et pour les incurables et personne n'ignore que les « asiles de traitement » renferment bien plus d'incurables que de curables; pour ma part, je n'en connais pas un seul en Allemagne qui exclue dans tous les cas les aliénés les plus incurables de tous, les paralysés généraux. La distinction entre les curables et les incurables, qui repose scientifiquement sur des bases sans consistance aucune, n'est donc en pratique qu'une utopie, et ne peut servir à placer séparément dans des asiles spéciaux ces deux catégories de malades. Et cependant, il est impossible d'appliquer le même mode d'assistance à tous ces états si divers qu'on appelle maladies mentales; il est impossible que la même espèce d'asiles réponde dans tous les cas à des besoins si variés et si complexes. Loin de là; j'estime au contraire qu'il faut aller plus loin encore dans la tendance qu'on a de séparer en groupes distincts et suivant les besoins, les malades des asiles, et je crois qu'en présence des exigences de la pratique, on peut inscrire à l'avenir en tête de tout examen ultérieur de la question, cet axiome :

» Un mode bien entendu d'assistance publique des aliénés doit satisfaire à deux conditions essentielles ou, si l'on veut, doit comprendre deux espèces principales d'asiles, qui doivent être absolument séparés, parce qu'ils doivent avoir une situation, une distribution et une organisation complètement différentes, les malades devant faire *dans les uns un séjour exclusivement transitoire, dans les autres un séjour prolongé*. L'organisation pratique indispensable pour atteindre ce double but, doit être totalement différente dans les deux cas, beaucoup plus que dans les établissements actuels pour curables et pour incurables, et ce n'est que pour la catégorie de

malades à séjour prolongé, qu'il est nécessaire de faire usage des établissements modernes (1).

» De tous les malades atteints de troubles nerveux (*nervenkranken*), qui à titre de soi-disant aliénés sont conduits dans les asiles, il y en a peu qui y entrent uniquement à cause du simple fait de l'aliénation mentale; la plupart sont internés parce qu'ils présentent certains phénomènes par suite desquels ils sont entraînés à des actes inconvenants, extravagants ou dangereux, soit pour eux-mêmes, soit pour d'autres; des centaines d'individus atteints de troubles nerveux moins graves ou d'une autre nature, entrent dans les hôpitaux ordinaires, sont soignés dans leur famille ou enfin jouissent d'une liberté complète. Or, l'expérience prouve que ce degré de l'affection ou du moins ses manifestations bruyantes ou dangereuses ne durent pas très-longtemps chez la plupart de ces malades, et que l'état de dépression ou d'agitation qui avait motivé la translation dans l'asile, disparaît après quelque temps. Souvent il suffit de quelques semaines, de quelques jours même, pour remettre le malade dans l'état où il se trouvait depuis des années avant cette exacerbation passagère, laquelle était due peut-être à une cause extérieure. Tout spécialiste sait qu'il n'est cependant pas prudent de renvoyer immédiatement ces malades, mais qu'un grand nombre d'entre eux ont besoin encore d'un traitement temporaire, qui n'exige évidemment pas le déploiement considérable de moyens qu'on croit indispensable d'employer dans les maisons de santé modernes.

» Ce n'est guère qu'après un certain temps de séjour du malade dans un asile que l'on peut reconnaître le véritable caractère de l'affection, alors que les symptômes d'agitation ou de dépression ont diminué ou même qu'ils sont restés au même point. On voit alors si l'on a affaire à une manie ou à une mélancolie franches, ou si le malade était atteint déjà d'une certaine défectuosité intellectuelle, si c'est une mélancolie simple ou une forme circulaire, etc. Souvent, ce n'est qu'alors qu'on peut juger si le cas est aigu ou chronique, (souvent même dans la paralysie générale, le diagnostic ne peut être porté qu'après un certain temps d'observation). Alors seulement, il est temps de s'occuper du pronostic. Plus tard encore, on verra si la marche de la maladie est telle qu'on puisse espérer une terminaison prochaine, et enfin, se résout la question de savoir si on peut laisser sortir le malade comme guéri, amélioré ou incu-

(1) Il va sans dire que cette séparation n'est applicable que là où le nombre des aliénés en vaut la peine. Dans les états en miniature, où l'on a quelques douzaines d'aliénés, il faut y renoncer.

rable, s'il peut être rendu à la vie de famille sous une forme quelconque, ou si, par suite des manifestations particulières de la maladie, il est nécessaire de prolonger plus ou moins longtemps son séjour dans l'asile.

» Dans toutes les catégories de soi-disant aliénés, on observe des cas qui n'ont besoin que d'un séjour très-court dans une maison de santé, lors même qu'il devrait être répété souvent. Dans toutes également, on rencontre des malades (les paralysés généraux ne font pas même exception), qui peuvent être rendus à la vie de famille sans être complètement rétablis. Dans toutes les catégories d'aliénés, il est vrai, on rencontre aussi des incurables qui ont besoin d'un séjour permanent, dans un milieu spécial, lequel, créé exprès pour eux, réponde à leurs besoins et à ceux de la société. Mais enfin ces divers desiderata ne peuvent être appréciés que lorsque l'état aigu est passé ; et, dès lors, qui pourrait me contredire, lorsque je pose en principe que les malades n'ont pas besoin d'être placés dans un milieu spécial, et dans des conditions exceptionnelles tant que l'état aigu existe encore ? »

Telle est la profession de foi du savant professeur Berlinois ; voyons maintenant les conclusions pratiques qu'il en tire :

M. Griesinger distingue quatre catégories d'aliénés, en se basant non sur la nature de la maladie, mais sur ses manifestations et à chaque catégorie, il veut appliquer soit un mode d'assistance, soit un genre d'asile différent. Ce sont :

1° Les cas aigus, récents, soit que le malade soit atteint pour la première fois, soit qu'on ait affaire à une récurrence, ou à une simple exacerbation d'une affection chronique ou incurable ;

2° Les aliénés infirmes, inoffensifs, les épileptiques et les paralysés ; ceux qui, quoique plus ou moins malades d'esprit, se rapprochent des « incurables » ordinaires ;

3° Les aliénés valides encore, mais bruyants, dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui, les déments agités, les potatores, les érotiques.

4° Les aliénés valides ni dangereux, ni bruyants.

Pour la première de ces catégories, pour les cas aigus, M. Griesinger conseille l'application d'un système nouveau « l'asile de ville » (Stadtasyl), qui lui paraît être une « conditio sine qua non » de toute assistance bien entendue des aliénés. Cet asile de séjour transitoire n'aura rien de ce qui rappelle les maisons de santé actuelles. Il sera situé aussi près que possible d'une grande ville, entouré seulement d'un jardin ombragé, n'aura ni ateliers, ni grands réfectoires, ni

théâtre, ni salle de gymnastique, ni jeu de boules, toutes choses inutiles pour les cas aigus ; on évitera le voisinage d'ateliers bruyants ou de rues trop fréquentées, mais on devra veiller aussi à ce que les abords de la maison n'aient rien de mystérieux ; elle ressemblera à une grande habitation particulière, n'aura pas le caractère caserne, comme aussi pas de tourelles et d'ornements inutiles. — Des pavillons détachés, réunis par des galeries couvertes, seraient très-convenables. L'intérieur sera simple et commode. *Pas de cellules.* Vingt-cinq pour cent des malades auront besoin d'une surveillance continue et de locaux *ad hoc*. Ces locaux sont pour chaque sexe : une division formée de deux grandes salles (infirmerie et surveillance continue), auxquelles on ajoutera quelques salles spéciales d'isolement pour des malades agités. Une salle de bain, un cabinet de toilette, une chambre d'isolement sans aucun meuble et une cellule matelassée compléteront cette division, dans laquelle chaque malade nouveau restera quelques jours en observation.

Les autres malades habiteront trois autres pièces, ayant chacune leur véranda, mais sans jardin spécial. Il y aura plusieurs salles de réunion et de repas, gaies et bien décorées, et beaucoup de chambres à coucher à un seul lit.

Rien n'empêche d'annexer cet asile à un hôpital déjà existant ou de les construire ensemble. Le tout servira à l'enseignement clinique, et pour cela il est essentiel que l'asile soit placé près des centres d'études. Un quart de lieue de distance pourrait tout compromettre.

Le nombre des lits ne dépassera pas 100 à 120 ; si les transfèrements sont fréquents, 60 à 80 lits suffiront. Le personnel médical et de surveillance sera aussi considérable que possible, mais il n'est pas nécessaire que le médecin directeur habite l'asile.

Enfin les admissions seront, si faire se peut, gratuites et soumises à aussi peu de formalités que possible.

Les malades séjourneront peu de temps à l'asile, un an au plus ; après ce temps, le cas étant chronique, l'aliéné sera transféré dans l'un des trois autres asiles, réclamé par M. Griesinger. Les infirmes seront placés dans les hospices ordinaires qui leur affecteront des quartiers spéciaux.

» Deux mots en passant, dit M. Griesinger, sur la question de savoir si les aliénés ne peuvent pas être reçus et traités dans les hôpitaux ordinaires, non-seulement d'une manière transitoire et dans les cas d'urgence, mais d'une façon permanente.

» On peut répondre affirmativement pour une certaine classe de soi-disant aliénés et pour une certaine catégorie d'hôpitaux. Des

malades chroniques, paisibles, atteints simplement de faiblesse d'esprit, d'idiotie, de simples invalides de la pensée, des malades atteints de paralysie, de convulsions et présentant en même temps un certain trouble de l'intelligence, la grande majorité des épileptiques inoffensifs peuvent parfaitement être soignés avec des incurables ordinaires dans de grands hôpitaux, pourvu, bien entendu, que ceux-ci réunissent toutes les conditions voulues de salubrité, etc. »

Restent les aliénés incurables, mais valides. Les uns, les dangereux, les bruyants, les dipsomanes, tous ceux en un mot qui ne peuvent jouir ni d'une liberté complète, ni même d'une demi-liberté, continueront à être soignés dans les asiles actuels, desquels on éliminera tous les aliénés non dangereux et non bruyants pour les placer dans un asile agricole (asile champêtre) (ländliches Asyl).

Ces asiles seraient exclusivement réservés aux aliénés qui sont en état de travailler ; ce sera simplement de grandes fermes avec de vastes domaines et de beaux parcs où seront réunis tous les moyens de distraction possible. La maison sera bien située, très-confortable dans tous ses détails, renfermera beaucoup de cabinets particuliers au rez-de-chaussée et de chambres à un seul lit à l'étage. Il n'y aura ni camisoles, ni cellules, en un mot pas de quartier d'agités. Tous les malades travailleront dans la campagne un nombre d'heures raisonnable et le reste du temps s'amuseront à différents jeux. Tout malade qui s'agitiera sera renvoyé dans l'asile fermé ; celui qui deviendra infirme, dans l'hospice des incurables.

L'asile agricole comprend comme élément essentiel le placement des aliénés autour de l'établissement, soit dans des fermes annexes, soit dans des familles étrangères.

Comme modèle de colonie agricole, M. Griesinger cite la ferme de Fitz-James, et préfère que la colonie soit éloignée de l'asile champêtre central. Quant au placement dans les familles, il conseille d'adopter le système de Gheel, soit en mettant les aliénés en pension chez les cultivateurs des villages voisins, soit en créant de petits villages sur le modèle des maisons ouvrières de Mulhouse.

Tel est dans son ensemble le système de M. Griesinger, auquel le manque de place nous empêche de donner plus de développement, mais ce que nous en avons dit suffira, nous l'espérons, pour en donner une idée exacte à nos confrères français.

Le professeur allemand voit d'immenses avantages à la création de ces quatre ou même cinq espèces d'asiles. Elle permet d'abord de donner à chaque aliéné la plus grande somme de liberté possible, compatible avec son état. On ne peut nier, en effet, qu'en répartissant les aliénés comme le demande M. Griesinger, beaucoup de

ceux qui sont actuellement maintenus dans des asiles tout à fait fermés, retrouveraient une certaine liberté dans des asiles champêtres. Les inconvénients qu'il y a à faire des exceptions sous ce rapport dans nos asiles actuels, disparaîtraient par cela même que tous les malades pourraient profiter de l'exception devenue la règle (1).

Un point sur lequel M. Griesinger insiste beaucoup et certainement avec raison, c'est l'établissement de cliniques psychiatriques rattachées aux asiles de villes. On ne peut nier que l'immense majorité des médecins praticiens n'ont aucune notion des maladies mentales et de leur traitement. Assez fréquemment, on amène dans les asiles des malades qui ont été traités de la façon la plus déplorable par des médecins d'ailleurs très-instruits. Pourquoi un cours théorique et pratique de maladies mentales ne ferait-il pas partie intégrante du programme des études?

Passons maintenant aux réponses qui ont été faites à M. Griesinger. La plus importante est celle du docteur Laehr, de Berlin, dont la brochure, beaucoup plus longue que l'article de M. Griesinger est intitulé : « Progrès? — Recul! » M. Laehr conteste à son confrère le droit de parler de l'organisation des maisons de santé, lui qui n'en a habité aucune, et n'a été que professeur de clinique, mais jamais directeur d'asile : c'est à ce point de vue aussi que le docteur Laehr proteste en son nom et au nom de ses confrères allemands contre le reproche qui leur est adressé de n'avoir fait que des études de sofa!

« M. Griesinger, dit le docteur Laehr, avance des faits qui sont erronés et propose des choses qui existent depuis longtemps; ce qu'il y a de neuf dans ses projets de réforme, ce sont les termes et rien autre.

» Que reste-t il des réformes de M. Griesinger après une juste critique? L'Asile de ville, qui offre tous les inconvénients d'un hôpital mauvais en soi, plus mauvais encore lorsqu'il s'agit de maladies nerveuses et d'aliénés, d'un hôpital qui manque de tranquillité, de beaucoup d'air, et d'un espace suffisant pour calmer des cerveaux malades, moyens de travail et de récréation et dans lequel le directeur, logé au dehors, ne pourra non-seulement présider à aucune vie de famille, mais encore sera la plus grande partie de son temps occupé ailleurs. De semblables asiles, mieux organisés, il est vrai, que celui dont M. Griesinger donne le modèle, existent encore

(1) Les malades seraient-ils, en réalité, beaucoup plus heureux qu'ils ne le sont dans les asiles modernes bien tenus? D^r C.

en grand nombre dans différents pays, surtout en Hollande, mais il n'est venu jusqu'à présent à la pensée de personne de les croire meilleurs que les établissements modernes. Cette pensée était réservée à M. Griesinger. On a conservé quelques-uns de ces asiles des anciens temps, parce que les moyens manquaient pour en créer d'autres, mais beaucoup ont été si complètement remaniés que l'on a presque autant dépensé que si l'on eût fait des constructions nouvelles. L'examen le plus superficiel d'ailleurs de leur mode de construction, de leur installation, et des résultats qu'ils fournissent, suffit à démontrer à quelle espèce d'asile il faut donner la préférence.

» Les asiles champêtres appartiennent également au passé ; les temps ont marché, on a fait mieux depuis !...

» Je crois, dit encore M. Lachr, que même le profane qui lira le projet d'asile de ville de M. Griesinger se demandera si c'est bien là réellement le modèle d'une maison de santé convenable ; si les malades atteints d'exaltation mentale y trouveront le repos dont ils ont si grand besoin ; s'ils ne s'agiteront pas davantage encore les uns les autres ? Quelle réception pour un malade, et quelle consolation pour les parents qui l'accompagnent que ce vacarme qu'on entendra derrière la porte d'entrée et dont le malade apercevra bientôt la cause !

Et puis, M. Griesinger croit-il qu'on pourra éviter dans ce chaos « le parfum spécial qui est l'apanage des asiles modernes ? »

.....

» Quant aux malades qui, malgré cette triste réception et la triste impression qu'ils pourront éprouver dans les premiers moments de leur séjour dans la maison, seront devenus plus calmes, trois chambres et un jardin commun sont mis à leur disposition. Malheureusement la nouvelle réforme ne nous dit pas ce qu'ils doivent faire toute la journée. M. Griesinger paraît avoir oublié que l'oisiveté est un mal pour le malade comme pour l'homme bien portant, et que le travail est dans la plupart des cas de troubles nerveux et intellectuels un élément essentiel de guérison. « Pas de travail, pas d'ateliers, dit-il, chacun sait actuellement qu'ils ne conviennent que dans les asiles d'incurables ; on ne peut songer à faire travailler une population aussi flottante. » Et cependant le séjour de chaque malade est calculé sur une moyenne de six à neuf mois ! »

.....

» Il y a plus encore, M. Griesinger enlève à son asile de ville, cette maison d'aliénés des temps anciens, ce qui, dans des conditions aussi défectueuses, pourrait y faire régner un peu d'ordre : Le directeur n'habitera pas dans l'asile, son logement coûterait

trop ! Que diront ici ceux de nos confrères qui sont à la tête d'asiles d'aliénés, qui ont toujours cru et qui, il faut l'espérer, continueront, malgré la réforme, à croire que les malades et le personnel de service ont besoin d'une surveillance continue ? Les symptômes maladifs se règlent-ils donc d'après la présence réglementaire du médecin directeur ? Et cela encore dans des conditions aussi défectueuses que celles de l'asile de ville ! Je ne suis pas surpris que M. Griesinger ne se soucie point d'habiter cet asile de cas aigus.

» Quant aux asiles modernes, M. Griesinger, après avoir fait abstraction des aliénés dangereux, croit « que l'idée du traitement en masse, avec la discipline de caserne, d'aliénés susceptibles encore d'une vie plus humaine, a vécu et n'a plus d'avenir ».

» Quelle idée de l'intérieur d'un asile bien organisé et quelle erreur de croire que les aliénistes aient jamais eu la pensée de réunir dans les asiles *tous* les aliénés sans exception !

» Nous avons donc les asiles de villes pour les cas aigus, et les asiles champêtres pour les cas chroniques. Tout médecin qui connaît l'histoire de la psychiatrie trouvera que les termes seuls sont nouveaux et qu'ils revêtent simplement *une vieille idée*, qui s'est traduite, lors du développement des notions nouvelles en aliénation, par la création d'asiles distincts pour les curables et les incurables. Toutes les formes de maladies mentales doivent trouver place dans ces deux sortes d'établissements, avec cette différence que les asiles de ville réclamés par M. Griesinger pour les cas aigus sont bien inférieurs, sous le rapport de leur organisation, aux asiles pour malades curables qui datent de cette époque. »

Telles sont les principales objections du docteur Laehr aux propositions les plus importantes de M. Griesinger ; dans les autres chapitres de son intéressante brochure, il répond surtout aux idées de M. Griesinger sur des sujets plus généraux de l'histoire de l'aliénation. Nous ne ferons que les toucher en passant. Ce sont notamment des considérations sur l'organisation de l'enseignement de la psychiatrie. M. Griesinger semble croire que l'on n'a rien fait jusqu'ici, M. Laehr lui répond que bien avant lui il y avait déjà des cliniques d'aliénation mentale.

Plus loin, M. Laehr se livre contre cet axiome : « c'est actuellement un jeu d'enfant pour tout architecte capable, que de lui tirer un asile sur les excellents modèles anglais et hollandais », c'est-à-dire sans la participation des médecins aliénistes.

Les chapitres sur le non-restraint, les colonies d'aliénés et le traitement familial reproduisent les arguments pour et contre déjà si souvent invoqués dans la discussion de ces importants sujets.

M. Laehr n'est pas un partisan du système du restraint à toute outrance — qui l'est encore maintenant ? — mais il croit avec l'immense majorité des aliénistes allemands, qu'il est des cas dans lesquels c'est non-seulement un droit, mais un devoir d'avoir recours à des moyens de contrainte ; et ici encore il pense que M. Griesinger n'ayant jamais habité un asile, ne peut juger en connaissance de cause des détails de traitement et de service.

Enfin M. Laehr récuse les autorités que son adversaire cite à l'appui de ses opinions sur les colonies agricoles et sur la somme de liberté qu'il convient de donner aux aliénés : Mundy, Damerow et Roller.

« Le docteur Mundy, pas plus que M. Griesinger, n'a jamais dirigé un asile ; ce n'est donc pas un juge impartial et compétent ; son exposition à Paris n'était pas sérieuse .

» Quant à Damerow, la citation qu'en fait Griesinger est incomplète ; il a retranché quelques phrases qui donnent à ses paroles un tout autre sens que celui qu'il leur prête. Enfin chacun sait que le vénérable Roller accorde à ses malades la plus grande somme de liberté possible, ce dont peuvent se convaincre aisément tous ceux qui lisent le *Journal d'Illenau*. » Notre mot d'ordre, dit en terminant M. Laehr, est celui-ci : progrès continu tel qu'on l'a compris jusqu'ici, et non pas progrès tel que le propose M. Griesinger, dont les idées s'échappent comme les rayons de la tête de Jupiter ; car ce progrès, malgré l'assurance de son langage, n'est qu'un recul. »

La brochure du docteur Brosius, de Bendorf, est moins une réponse acerbe comme celle de M. Laehr, qu'une critique calme et bienveillante des idées de M. Griesinger. L'auteur lui fait bien un peu le même reproche de ne rien dire de nouveau, de prêcher des convertis et il en prend occasion de le paraphraser en lui disant, en quelque sorte : Vous vous êtes mal exprimé, mais nous comprenons ce que vous voulez dire et nous sommes en partie (mais en partie seulement), d'accord avec vous.

Tandis que M. Laehr s'attache essentiellement au côté pratique des idées de M. Griesinger, Brosius, qui a le bon esprit de ne point faire de personnalités, discute l'avant-propos du nouveau journal « *Les Archives de Psychiatrie* », dans lequel Griesinger développe sa manière d'envisager l'aliénation mentale proprement dite et les maladies nerveuses, que, dit-il, on ne doit plus séparer ni en théorie ni en pratique, vu que c'est une seule et même chose, une entité morbide se manifestant sous différentes formes (1).

(1) Voyez son discours au Congrès aliéniste de Paris en 1867.

Le docteur Brosius démontre en premier lieu qu'il y a déjà longtemps que l'aliénation et les maladies nerveuses sont envisagées comme des affections somatiques d'un même système, le système nerveux. « Je me demandé, dit-il, comment il peut se faire qu'un homme comme Griesinger ait eu déjà plusieurs fois le malheur de ne pas se faire comprendre de ses confrères aliénistes... On pourrait croire que c'est d'aujourd'hui seulement qu'on comprend et enseigne la solidarité des psychoses et des névroses, et que Griesinger *seul* reconnaît la nécessité d'étudier la névro-pathologie en même temps que la psychiatrie! etc.

Plus loin, Brosius reproche à M. Griesinger d'accuser à tort et d'une manière blessante ses confrères en psychiatrie de ne pas poser des diagnostics exacts, et de se contenter d'un mauvais à peu près. « Un diagnostic exact, dit-il, est un devoir envers le malade et envers le médecin lui-même. Mais en général, les aliénés sont heureux; et calmes ou mieux encore guérissent (si toutefois le genre d'affection le permet) sans diagnostic spécial et sans médicaments, tandis qu'ils ne guérissent pas sans tout ce qui constitue l'organisation et l'administration d'un bon asile, alors même qu'il n'a que les proportions d'une maison particulière. Et les indications fournies par le diagnostic peuvent-elles être convenablement suivies sans une bonne organisation du service de l'asile? Evidemment non... Pour s'en rendre bien compte, il est nécessaire de vivre journellement avec les aliénés. » Même reproche déjà adressé par M. Laehr à Griesinger de parler du service intérieur des asiles sans le connaître par lui-même.

» Enfin, dit encore Brosius, la manière de parler de Griesinger, la forme de ses aphorismes pourraient faire croire à maint lecteur que ce professeur se meut réellement sur un autre terrain scientifique que ses confrères en psychiatrie, qu'il est beaucoup plus élevé qu'eux sur les degrés de la science! Mais ceux-ci envisagent exactement de la même manière que lui les relations des affections nerveuses avec l'aliénation. Quel est l'aliéniste qui nie les avantages de la réunion de l'observation médicale ordinaire à celle de l'aliénation? N'a-t-on pas souvent déploré l'isolement de certains médecins d'asiles qui ne voient que *leurs* malades?... Les aliénistes ne sont ni des ermites, ni des ignorants qui ne s'inquiètent pas de ce qui se passe en dehors de leurs établissements. Jamais aucun d'eux, à ma connaissance, n'a prétendu que les opinions des aliénistes dussent seules mériter quelque considération, etc. »

Ces quelques citations suffiront, nous l'espérons, pour montrer quels sont le but et le sens de l'article de M. Brosius,

Il nous reste à citer, avant de terminer, un article critique très-court mais très-bien fait inséré dans l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (vol. xxiv, p. 829) sous le titre : « De la province ». L'auteur anonyme (très-probablement Flemming), adresse à M. Griesinger exactement le même reproche que MM. Laehr et Brosius, de ne rien dire de nouveau et de proposer des mesures inapplicables dans la pratique. « C'est donc là, dit-il en terminant, ce programme annoncé depuis si longtemps des améliorations à introduire dans les asiles allemands. Nous aussi nous avons foi en ces améliorations, mais nous ne les chercherons pas en suivant la voie indiquée par le programme sur lequel il y aurait encore beaucoup à dire... »

D^r CHATELAIN.

Post-scriptum. Ce qui précède était écrit, lorsque nous avons reçu d'Allemagne deux nouvelles brochures sur la même question. L'une de M. Griesinger, en réponse à celle de M. Laehr (*Zur Kenntniss der heutigen Psychiatrie in Deutschland. Eine Streitschrift gegen die Brochüre des Sanitätsrathes Dr Laehr in Berlin.* Leipzig. Wigand.), l'autre de M. Laehr (*Fortschritt? Rückschritt,* n° II, Berlin, br. in-8° de 42 p. Oehmigke), en réponse à la précédente.

Ces deux brochures ne nous apprennent rien de nouveau ; elles ne font qu'expliquer et commenter les premières et ne contiennent guère que des personnalités assez peu intéressantes. Le langage de M. Griesinger est épicé d'attaques blessantes, pour ne pas dire plus, et d'expressions si peu parlementaires, qu'on éprouve un sentiment pénible de voir les intérêts de la science et de l'humanité servir de prétexte à de telles disputes.

D^r C.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

- La Clinica delle malattie mentali nella R. Università di Napoli, cenno del Pr. G. Sannicola, br. in-8 de 24 pages.
- La Philosophie physiologique et médicale de l'Académie de médecine, par le D^r J. P. Durand (de Gros.), br. in-8 de 100 pages.
- Analogies entre les dégénérescences intellectuelles, physiques et morales des habitants des contrées paludéennes et celles des habitants des pays goîtrigènes, par le D^r Morel, br. in-4 de 24 pages.
- Rapport sur le service de l'asile d'aliénés de Napoléon-Vendée, pour l'année 1867, par le D^r Guérineau, br. in-8 de 100 pages.
- Rapport sur l'asile d'aliénés Sainte-Marie, de Clermont-Ferrand, par le D^r Hospital, pour l'année 1867, br. in-8 de 24 pages.

THÈSES DE PARIS.

Année 1868 (suite.)

197. Oulie (Alexandre). Du rhumatisme cérébral.
202. Bertrand. Considérations sur les hémorrhagies méningées.
203. Mauquié (Paul). Coup d'œil sur l'ataxie locomotrice progressive.
206. Grenier (Pierre). Du ramollissement sénile.
207. Cotard. Étude sur l'atrophie cérébrale.
116. Dubois (Paul). Étude sur quelques points de l'ataxie locomotrice progressive.
218. Davidoglou (Cléanthe). Sur la syphilis du système nerveux.
225. Fichot (Jules). De la méningite granuleuse chez l'adulte ; signes et diagnostic.
244. Dejean (Jérôme). Quelques mots sur l'étiologie de la pellagre et particulièrement de la pellagre landaise.
246. Vautier (Achille). Essais sur le ramollissement cérébral latent.
251. Durand (Casimir). Les anévrysmes du cerveau : 1^o extra-encéphaliques ; 2^o intra-encéphaliques (miliaires).
255. Tardieu (Jules). De la transmission héréditaire de l'épilepsie.

CORRESPONDANCE.

Maréville, le 1^{er} octobre 1868.

A M. Lunier, rédacteur en chef des Annales médico-psychologiques.

Monsieur le Rédacteur,

Nous avons été fort surpris, en recevant le numéro de juillet des *Annales*, de ne pas voir relatée, dans la séance d'avril de la Société médico-psychologique, une réponse de l'un de nous (le docteur Henry Bonnet) à M. le docteur Foville, qui argumentait notre travail sur la paralysie générale. Cette réponse, bien que très-courte, avait sa grande importance, car elle réfutait de suite les idées de notre honorable ami; nous disions, en effet, que le mésocéphale n'ayant aucune altération, nous ne pouvions prendre comme point de départ l'action vaso-motrice du cerveau.

Nous vous prions donc de vouloir bien accueillir les réflexions suivantes :

Dans les sciences médicales, les vérités absolues forment l'exception. En disant que la paralysie générale débute par la paralysie vaso-motrice de la tête et par des altérations des ganglions cervicaux du grand sympathique, nous avons voulu seulement formuler le mécanisme psychologique le plus naturel et le plus fréquent de cette affection. Nous ne nions pas le moins du monde l'existence des cas rares où la démence paralytique a pu être le premier phénomène, du moins en apparence. Nous ne refusons pas non plus aux cellules des hémisphères cérébraux le droit d'éprouver spontanément la dégénérescence graisseuse en dehors de l'influence indirecte des ganglions cervicaux, puisque le fait se produit ainsi dans le ramollissement pur et simple. Et il est bien évident que cette altération, soit primitive ou consécutive, doit toujours donner lieu aux mêmes symptômes intellectuels, puisque, dans l'un et l'autre cas, le fonctionnement spécial des cellules cérébrales se trouve matériellement troublé de la même manière. Mais, dans les circonstances exceptionnelles signalées, — et M. Foville le dit lui-même, — les phénomènes congestifs finissent toujours par apparaître tôt ou tard. Eh bien ! pour nous, à ce moment-là seulement, le malade est devenu un véritable *paralysé général*. A ce moment-là seulement apparaissent les troubles de nutrition générale qui spécialisent l'affection; à ce moment-là seulement les altérations cérébrales, sin-

gulièrement précipitées par la paralysie des vaso-moteurs, donnent aux symptômes cérébraux leur intensité caractéristique. Jusques-là le malade n'était qu'un ramolli, ou fou ordinaire ; il devient un parésique quand le sympathique intervient à son tour ; et ce dernier s'altère sur place de par lui-même et non par un processus morbide à marche descendante, ainsi que nous l'établirons plus loin. D'ailleurs, l'innervation vaso-motrice de la tête n'est pas sous la dépendance exclusive des ganglions cervicaux. Dans tout le système végétatif, chaque ganglion représente un centre ayant de l'action dans une circonscription plus ou moins étendue suivant son volume et sa situation. Autour d'un ganglion volumineux se trouvent disposés çà et là, dans sa sphère d'action même, des ganglions plus petits ; ceux-ci forment à l'entour les centres de circonscriptions plus restreintes sur lesquelles ils peuvent agir tantôt sous l'influence du pouvoir supérieur auquel ils sont soumis, tantôt en vertu de leur propre autonomie. Au cas particulier, qu'est-ce qui prouve que les ganglions crâniens n'ont pas précédé les ganglions cervicaux dans la dégénérescence qui doit devenir générale plus tard, et n'ont pas produit ainsi une congestion intérieure à laquelle échapperaient les organes extérieurs de la tête ? Partant d'une opinion qui est devenue à peu près classique et qui place le centre d'innervation des vaso-moteurs dans le mésocéphale, notre ami le docteur Foville se montre tenté de considérer les lésions de la paralysie générale comme se développant primitivement dans l'encéphale et se propageant après coup au grand sympathique. Ce dernier ne deviendrait malade que parce que le bulbe et la protubérance, qui sont pour lui un foyer d'alimentation, auraient été envahis par la dégénérescence des lobules cérébraux. Or, même en nous plaçant à ce point de vue classique, il nous sera facile de démontrer que les choses ne se passent pas ainsi.

Dans notre *Exposé général de l'anatomie pathologique*, nous avons dit (p. 187, n° de septembre) : « Jamais les cellules ne sont » altérées dans le cervellet ; il en est également de la protubérance, » même sous le rapport de la pigmentation. Les cellules du bulbe » peuvent présenter des granulations graisseuses, mais ce n'est pas » constant. Par contre, elles nous ont offert toujours des granula- » tions à teinte ferrugineuse plus abondante que chez les individus » sains. »

La prudence seule nous a dicté ces lignes ; car elles vont un peu au delà de la vérité, ainsi que M. Foville pourra s'en assurer en consultant les détails des observations qui ont servi de base à notre travail. Aujourd'hui que nous avons encore multiplié nos termes

de comparaison, nous serions en droit de déclarer que le bulbe, de même que la protubérance, reste presque toujours, sinon toujours, à l'état normal dans la paralysie générale. Mais les lésions de ce segment seraient-elles ce que semble indiquer le passage précité, qu'elles seraient encore trop insignifiantes en présence des altérations profondes et constantes du grand sympathique, et qu'il serait tout à fait impossible d'assigner aux premières le rôle de cause vis-à-vis des secondes.

Mais, en supposant que le sympathique puise dans la protubérance et le bulbe la force dont il ne serait que le collecteur et le dispensateur, nous n'avons fait qu'entrer dans les idées générales que semble professer M. Foville. Nos convictions au sujet du mécanisme de l'innervation sont tout autres. La doctrine qui divisait le système nerveux en organes actifs ou créateurs, et en organes passifs ou conducteurs, est bien près d'avoir vécu. Il n'y a pas un fluide engendré en un point et transporté ensuite à la périphérie par un trajet plus ou moins compliqué. Il y a une série d'actes moléculaires qui s'enchaînent entre eux en se suscitant les uns les autres d'un point quelconque vers un autre point. Les expériences de MM. Vulpian et Philippeaux nous ont montré que les nerfs peuvent récupérer de par eux-mêmes toutes leurs propriétés physiologiques tout en restant séparés des centres nerveux. Que ne peut pas faire alors le grand sympathique, lui qui possède des cellules nerveuses, l'élément générateur par excellence ? Partout où elle se trouve, la cellule peut et doit manifester sa puissance spontanée. Les cellules du sympathique peuvent, aussi bien que les cellules encéphaliques, être l'agent initial de certaines manifestations physiologiques. Le sympathique peut, comme l'encéphale, être le point de départ d'un processus morbide, car il a sa vie propre, et ses anastomoses avec l'axe cérébro-spinal sont plutôt des moyens de relations réciproques que des voies d'apport. Laissons là, du reste, ces vues qui sont pour le moment plutôt une affaire de sentiment qu'une affaire de démonstration susceptible de s'imposer. Disons, en terminant, que nous nous croyons autorisés à placer le point de départ de la paralysie générale dans le système sympathique, parce que nous avons rencontré dans ce dernier des lésions beaucoup plus constantes et beaucoup plus avancées que partout ailleurs, et parce que les altérations sont toujours plus considérables dans les ganglions cervicaux qui tiennent sous leur dépendance l'innervation vaso-motrice des lobes cérébraux.

Nous croyons devoir remercier M. Foville des gracieux éloges qu'il a bien voulu nous donner, et de la large part qu'il laisse à

notre doctrine à laquelle il avait déjà pensé lui-même ; l'importance scientifique d'un sujet devient des plus sérieuse lorsque, sans s'être jamais entendus, des auteurs l'envisagent dans le même sens ou à peu près, car la distance qui sépare M. Foville de nous est beaucoup plus faible qu'il ne le croit lui-même.

Veillez agréer, monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de nos sentiments respectueux. Henry BONNET. — POINCARÉ.

ASSOCIATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES.

Dans sa réunion trimestrielle du 29 septembre 1868, le conseil d'administration de l'association a prononcé l'admission de MM. les docteurs Icard, directeur-médecin de l'asile de Cadillac, Danner, médecin du quartier d'aliénés de Tours, Chasseloup de Châtillon, médecin en chef de l'asile Sainte-Gemmes, et Réverchon, médecin-adjoint du même établissement.

Le conseil a accordé un secours de 250 francs à un ancien directeur-médecin d'asile dont les ressources ont été reconnues insuffisantes.

Des directeurs d'asiles d'aliénés, non médecins, nous ont demandé pourquoi notre association n'admettait pas les principaux fonctionnaires administratifs de ces établissements. La raison en est bien simple. L'œuvre a été fondée par des médecins et uniquement d'abord en faveur des médecins aliénistes et de leur famille. Les fondateurs n'ont point essayé d'y faire admettre comme membres participants les fonctionnaires administratifs des asiles, non médecins, parce qu'ils étaient certains d'avance de ne point être secondés dans cette tentative, et d'ailleurs où s'arrêter dans cette voie ? Les directeurs d'asiles, du reste, ne sont point exclus de notre association, et peuvent en faire partie à titre de membres honoraires (art. 3, 6 et 7 des statuts). Le conseil de l'œuvre n'a point le droit de leur accorder des secours, comme il le fait pour les membres titulaires et associés (art. 4 des statuts et 14 du règlement); mais l'assemblée générale peut user de ce droit (art. 16 du règlement), comme elle l'a fait déjà en plusieurs circonstances, en faveur des personnes étrangères à l'association, et il est au moins probable qu'elle n'hésiterait point à agir de même à l'occasion, si une demande de secours motivée lui était adressée en faveur d'un membre honoraire ou de sa famille, aujourd'hui surtout que l'association reçoit des subventions d'un certain nombre d'administrations publiques.

N. B. Les membres de l'association qui n'ont point encore acquitté leurs cotisations pour l'année 1868 sont priés de l'adresser au trésorier de l'œuvre (rue Jacob, 52) avant le 20 décembre.

VARIÉTÉS.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Viennent d'être nommés :

Directeur-médecin en chef de l'asile public de Vaucluse, commune d'Épinay (Seine-et-Oise), place créée. M. le docteur Billod, directeur-médecin de l'asile Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire) ;

— Directeur de l'asile Sainte-Gemmes, M. le docteur Combes, directeur-médecin de l'asile de La Rochegandon (Mayenne) ;

— Médecin de l'asile Sainte-Gemmes, M. le docteur Chasseloup de Châtillon, médecin du quartier d'aliénés de Poitiers (4^e classe) ;

— Directeur-médecin de l'asile de La Rochegandon, M. le docteur H. Bonnet, médecin de la section des hommes à l'asile de Maréville (Meurthe) ;

— Médecin de la section des hommes à Maréville, M. le docteur Broc, dont la mission à Morzines est terminée (4^e classe) ;

— Médecin du quartier d'aliénés de Poitiers, M. le docteur Solaville, ancien médecin-adjoint de l'asile de Blois ;

— La *Société médico-psychologique*, dans sa séance du 26 octobre, a nommé membre correspondant national M. le docteur Danner, médecin en chef du quartier d'aliénés de Tours.

La Société a maintenu à son ordre du jour la question : *Des aliénés dangereux et non dangereux*. La prochaine séance aura lieu le lundi 16 novembre.

— Dans sa dernière séance, l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Rouen a élu pour son vice-président, pendant l'année 1868-69, M. le docteur Dumesnil, médecin en chef et directeur de l'asile de Quatre-Mares.

— La *Société de médecine légale* vient de nommer membres correspondants nationaux, MM. les docteurs Brunet, directeur-médecin de l'asile de Dijon ; Laurent, médecin de l'asile de Fains, et Marchand, directeur médecin de l'asile de Toulouse.

NÉCROLOGIE.

Le docteur Aug. Droste, conseiller sanitaire, vient de mourir à Osna-brück, ancien royaume de Hanovre. Ce médecin distingué avait fondé en 1856 le *Medicinische Aehrenlese*, journal de thérapeutique générale, mais plus spécialement consacré au traitement des maladies mentales. Partisan de la colonie de Gheel, il publiait les travaux favorables à ce système, et sa collection renferme un bon nombre de mémoires sur cette célèbre localité. Mais honnête homme avant tout, il respectait les convictions de ses confrères, et l'on ne trouverait pas dans ses écrits

aucune de ces attaques que l'aveuglement de l'esprit de parti ne sait pas distinguer de la calomnie. Personnellement, nous perdons en lui un ami dévoué, comme nous l'écrivait récemment le docteur de Krafft-Ebing. Il est probable que les événements de sa patrie lui avaient fait suspendre la publication de son journal, car il a cessé de paraître à cette époque, mais il avait reporté son activité dans d'autres écrits périodiques. Plusieurs de ses comptes rendus prouvent qu'il appréciait avec impartialité les travaux étrangers.

A. B. de B.

Nous avons le regret d'avoir à annoncer la mort de l'un des plus anciens et des plus fidèles collaborateurs des *Annales médico-psychologiques*, M. le docteur Thore (Ange-Marie), de Sceaux, décédé le 1^{er} octobre dans sa cinquante-troisième année. M. Thore a succombé au Havre, où il était aller se reposer, à une attaque d'apoplexie qui l'a enlevé en quelques heures.

Ancien interne du quartier des aliénés de Bicêtre, sur lequel il a publié en 1844, en collaboration avec Aubanel, d'excellentes *Recherches statistiques*, il était allé s'établir à Sceaux, où il avait acquis rapidement une réputation de praticien honnête et expérimenté. Les soucis de la clientèle ne l'ont point empêché de cultiver la science, et nous lui devons notamment les travaux suivants insérés dans les *Annales médico-psychologiques* :

- 1^o *Études sur les maladies incidentes des aliénés*, 1844 à 1846 ;
- 2^o *Un mot sur les hallucinations dans la première enfance, à propos d'un empoisonnement par le datura stramonium*, 1849 ;
- 3^o *De la folie consécutive aux maladies aiguës*, 1850 ;
- 4^o *Hallucinations dans la fièvre typhoïde*, 1852 ;
- 5^o *Hallucinations dans la variole*, 1856 ;
- 6^o *Notice sur les travaux d'Aubanel*, 1863 ;
- 7^o *Delirium tremens au début de la fièvre typhoïde*, 1865 ;
- 8^o *Chorée dans ses rapports avec l'aliénation mentale*, 1865.

PRIX PROPOSÉ.

La Société médicale de Philadelphie vient de mettre au concours la question suivante : *Aphasie, ou Rapports du cerveau avec la pensée.*

Le prix est de 1000 fr. Les mémoires doivent être adressés *franco*, dans les formes académiques, au docteur Jeffries, à Philadelphie, avant le premier mercredi d'avril 1870.

— Le professeur Giovanni Sannicola, médecin en chef du manicomio d'Aversa, à la suite d'un rapport favorable de la faculté de médecine de Naples, vient d'être autorisé à faire un cours public sur les maladies mentales.

ASILE DE PRIVAS.

Un décret impérial, en date du 4 août 1868, a déclaré d'utilité publique la création sur le domaine de la Barèze, commune de Privas, d'un asile public d'aliénés, pour le service du département de l'Ardèche.

ASILES DU RHÔNE.

Nous nous empressons de reproduire le texte de la délibération du Conseil général relative à la création d'un Asile départemental d'aliénés.

Le Conseil général est d'avis :

« 1^o Que l'établissement d'un asile d'aliénés au territoire du Mas des Tours, commune de Bron, soit déclaré d'utilité publique ;

» 2^o Que le département soit autorisé à acquérir, par application de la loi du 3 mai 1841, pour cet établissement, dans les limites du plan dressé à cet effet, les terrains et bâtiments nécessaires, dont la surface est de 37 hectares 43 ares 60 centiares, et l'estimation de 268 239 fr. 4 centimes ;

» 3^o Que les traités de gré à gré conclus par M. le sénateur-préfet au mieux des intérêts du département, soit pour l'acquisition de ces propriétés particulières, soit pour le règlement des indemnités foncières ou locatives, en cas d'expropriation préalable, seront définitifs sans avoir besoin d'être soumis à la ratification du Conseil. »

Cette délibération, motivée par de longs considérants dont nous faisons grâce à nos lecteurs, avait été précédée d'une discussion qu'on nous a dit avoir été assez animée pour et contre le projet d'asile, proposé par l'Autorité départementale et appuyé par la Commission. Les adversaires soutenaient, bien entendu, le système de dispersion des aliénés par adjudication. Nous n'avons pas à revenir sur ce système abandonné partout où il a été tenté, qui n'est plus qu'une exception, et qu'un aliéniste célèbre a flétri sous le nom de traite des blancs. La *Gazette médicale* et le *Salut public* ont protesté assez énergiquement contre lui. Qu'il nous suffise de reproduire un passage très-court mais très-explicite du remarquable exposé de M. le sénateur-préfet :

« Je ne parle pas ici des difficultés de surveillance qui résulteraient de cette dispersion dans un grand nombre de centres différents ; je ferai seulement remarquer que les aliénés ainsi répartis, ne se trouveraient probablement pas dans de meilleures conditions de logement, d'hygiène, d'alimentation et de soins médicaux, attendu que les asiles privés voudraient faire des bénéfices sur les prix des journées qu'ils recevraient et que nous n'aurions, en outre, aucune garantie pour le bien-être de ces infortunés ainsi séparés de leur département et de leurs familles. Enfin, ce serait un expédient peu digne de notre département, où les anciennes traditions d'assistance publique ont toujours fait prévaloir les questions d'humanité sur les questions financières. »

(*Gazette médicale de Lyon* du 20 septembre 1868.)

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

Un halluciné réputé inoffensif. — On ne s'entretient, dans l'arrondissement d'Aix, que de l'horrible découverte faite dans la commune de Lafare. Quatre cadavres, portant les traces évidentes de l'assassinat, ont été trouvés couchés côte à côte dans d'anciens fours à chaux.

La justice, à la première nouvelle de ce lugubre événement, s'est portée sur les lieux et a immédiatement commencé une information.

A l'heure où nous écrivons, on n'a pu encore constater l'identité des victimes, mais l'auteur du quadruple meurtre est arrêté.

C'est un fou !

Ce malheureux a été quelque temps pensionnaire de l'asile des aliénés d'Aix. Après un traitement assez long, et comme il s'était montré très-calme et très-inoffensif, on avait cru pouvoir lui rendre sa liberté. La vérité est qu'il était halluciné, et l'on ne peut rendre la terrible impression causée par ses réponses au magistrat qui l'interrogeait sur les raisons qui l'avaient porté à répandre tant de sang. Il a expliqué, sans aucune émotion, qu'il ne connaissait pas ceux qu'il avait massacrés ; mais que depuis vingt ans, on lui avait répété qu'il serait tué par des vagabonds qui allaient chercher un gîte dans les fours à chaux de Lafare.

Cet insensé, bien connu dans le pays, n'inspirait de crainte à personne : le jour, il était calme. Qui eût imaginé l'épouvantable fossoyeur qu'il cachait ?

(*Moniteur* du 4 août.)

Un alcoolique dangereux. — Quand il a le cerveau troublé par de trop copieuses libations alcooliques, Jean P..., ouvrier carrier, demeurant à Aubervilliers, est possédé par la monomanie de l'assassinat. Dans le pays, on le désigne sous le sobriquet de l'*Assassin*. Ses projets homicides ne s'étaient encore bornés qu'à des menaces. Jean P... vient de faire sa première victime.

Un ouvrier forgeron, le nommé M..., sommeillait sur l'herbe ; le carrier se met à le frapper à coups redoublés d'un bâton. Réveillé par la douleur, M... veut se relever, mais les coups qui s'abattent sur lui l'en empêchent. Ses cris attirent deux passants ; à leur approche, le carrier prend la fuite en criant : Il est mort !

M..., grièvement blessé à la tête et couvert de contusions, a été transporté à son domicile. Jean P... a été arrêté.

(*Petite Presse* du 1^{er} septembre.)

Aliénation mentale. — La nuit dernière, la dame B..., demeurant rue de Flandre, entrait tout effarée au poste de la police pour requérir les agents afin d'arrêter son mari atteint d'aliénation mentale. Cet homme s'était barricadé dans sa cuisine, criant de toutes ses forces que sa femme et ses enfants voulaient le tuer à coups de marteau. Il menaçait, si on l'approchait, de mettre le feu à la maison et de se jeter par la fenêtre, qu'il tenait ouverte. A l'arrivée des agents, ce fou s'est un peu calmé, disant qu'il se mettait sous leur protection. Il a été mené au poste, et de là conduit au dépôt de la préfecture.

(*Moniteur* du 10 octobre 1868.)

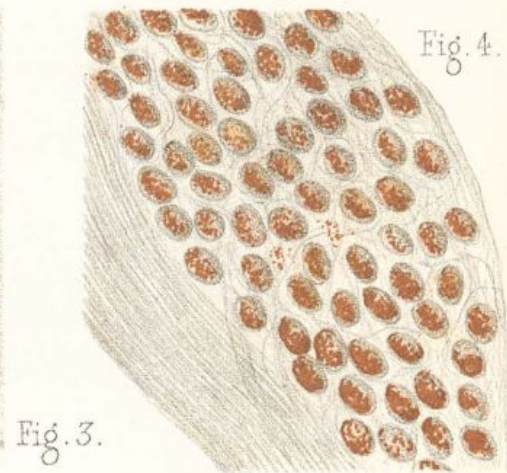
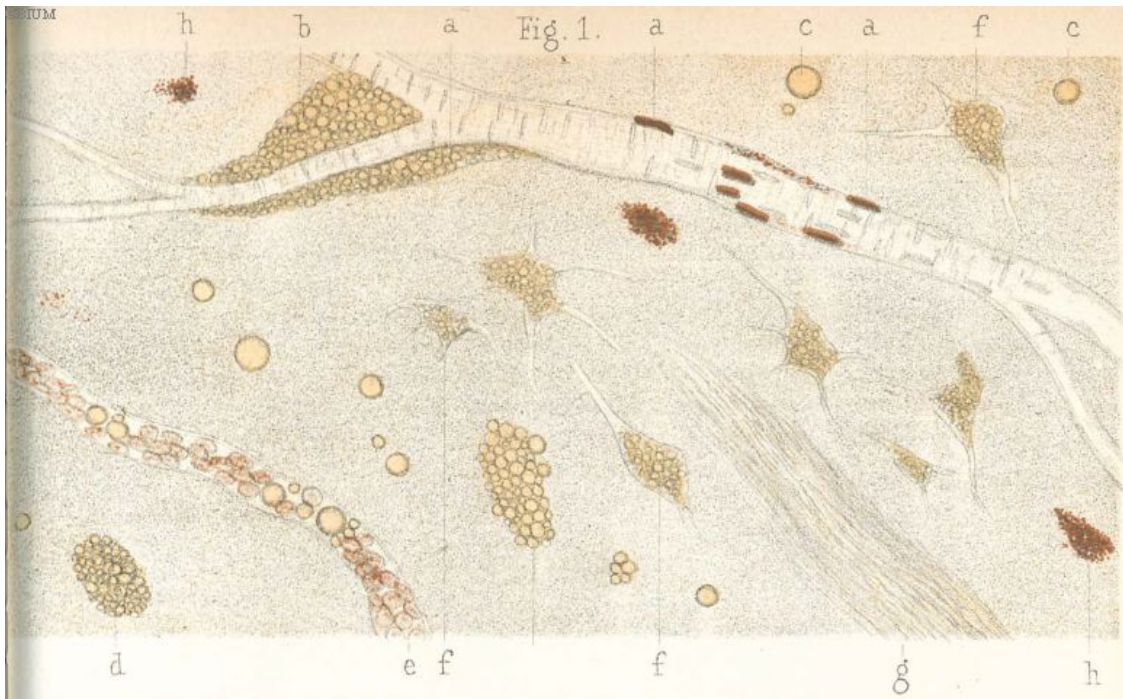
Nota. — Voyez pour la TABLE DES ANNALES le deuxième recto de la couverture.

Le rédacteur en chef,

L. LUNIER.

Les directeurs-gérants,

BAILLARGER ET CERISE.



berbauer lith.

Imp. Becquet Paris

Figures théoriques résumant les diverses altérations qu'on peut rencontrer dans la Paralyse générale

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE DOUZIÈME VOLUME

DE LA QUATRIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE.

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. Physiologie.

- Études médico-psychologiques sur Shakespeare. 1^{re} étude.
Hamlet, sa mélancolie et sa folie simulée par M. Briere
de Boismont 329

II. Pathologie.

- Manie raisonnante; étiologie et pathologie, par M. le docteur
Campagne 1 et 207
Études médicales sur le rôle du système nerveux dans les
affections intermittentes, par M. le docteur Le Menant des
Chesnais 35
Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de
la paralysie générale, par MM. les docteurs Poincaré et
H. Bonnet. 169 et 346
Quelques faits d'induration cérébrale, par M. le docteur Dufour 368
Considérations pharmacologiques sur l'alcoolature d'aconit
napel, par M. A. Lailier. 379

III. Médecine légale.

- Rapport médico-légal sur un cas de simulation de folie; affaire
Jarry; par M. le docteur Billod 53
Rapport sur l'état mental de M. E. M... (lypémanie avec
hallucinations de l'ouïe, idées de persécution et penchants
lubriques); par M. le docteur Laffitte. 382

IV. Établissements d'aliénés.

Des placements volontaires dans les asiles d'aliénés; étude sur les législations française et étrangères, par M. le docteur L. Lunier	84
Note sur les évasions d'aliénés dans les maisons de santé, par M. le docteur Chatelain	235

DEUXIÈME PARTIE**REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE****I. Sociétés savantes.**

Société médico-psychologique.

<i>Séance du 30 mars 1868.</i> — Communication de M. Constans. — Incident relatif au prix Aubanel : M. Legrand du Saule. — Recherches sur l'instruction primaire dans l'armée française : MM. Bourdin, A. Maury et Fournet. — Présentation par M. Linas de la thèse de M. Sémérie. — Élection de M. le docteur Saint-Lager comme membre correspondant de la Société. — Sur la peine de mort : M. A. Maury. — Discussion sur la transmission héréditaire de l'épilepsie : MM. Aug. Voisin, Ach. Foville, Lunier et J. Falret.	108
<i>Séance du 27 avril 1868.</i> — Note de M. Bourdin relative à l'instruction primaire dans l'armée. — Correspondance. — Présentation par M. Linas de deux brochures de M. Sentoux. — Lecture et discussion sur la nature de la paralysie générale : MM. Bonnet et Ach. Foville.	251
<i>Séance du 25 mai 1868.</i> — Correspondance et présentation. — M. Alfred Maury. — Rapport de M. Brierre de Boismont sur la candidature de MM. Sannicola et Perla. — Communication de M. G. Labitte sur l'hérédité du goût; discussion : MM. Morel, Labitte, Lunier et Fournet. — Suite de la discussion sur la transmission héréditaire de l'épilepsie : MM. Durand (de Gros), Morel, Dally et Brierre de Boismont.	261
<i>Séance du 29 juin 1868.</i> — Correspondance et présentations. — Prix Aubanel. — Communication de M. Brierre de Bois-	

mont sur la folie étudiée dans les œuvres de Shakespeare ; discussion : MM. Lasègue, Brière de Boismont, Fournet, Delasiauve et Moreau. — Communication de M. Legrand du Saulle sur une question de médecine légale.	206
---	-----

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Analyse des Bulletins de l'année 1867	302
---	-----

II. *Revue des journaux de médecine.*

JOURNAUX FRANÇAIS (1867)

Par M. le docteur BERGER.

Leçon sur la paralysie hystérique	302
Hystérie chez l'homme.	303
Théorie des nerfs vaso-moteurs dans les sécrétions et dans la congestion	304
Aphasie liée à une névralgie faciale	305
Alcoolisme ; hyperesthésie, convulsions, délire, mort ; lésions prédominantes du cervelet	305
Accidents nerveux périodiques guéris par le sulfate de qui- nine	306
Pellagre sporadique	306
Nervosisme ; angine de poitrine	307
Importance du délire des actes dans la folie raisonnable . . .	308
Distinction du suicide et de l'homicide.	309
Ether pulvérisé sur le rachis dans la chorée	400
Vitesse de la transmission de la volonté et de la sensation à travers les nerfs.	401
Corps étrangers du crâne.	402
Influence spéciale des aliments sur le système nerveux. . . .	402
Extirpation d'un goître volumineux ; guérison.	403
Des eaux de Balaruc contre l'ataxie locomotrice ; hachisch et sulfate de quinine comme hypnotiques ; du <i>Cotyledon um-</i> <i>bilicus</i> contre l'épilepsie.	403
Traitement de la migraine par l'iodure de potassium.	404
Épilepsie ; stupeur ; encéphalite	404
Pellagre sporadique et pseudo-pellagre des alcoolisés	405

JOURNAUX ANGLAIS (1867)

Par M. le docteur DUMESNIL.

Asiles en pavillons.	426
Sur quelques-unes des causes de la folie	428
La pathologie de l'aphasie	432
Observations de pathologie et d'anatomie morbide chez les insensés	441
Statistique des aliénés en Angleterre	442
Moyens de remédier à l'encombrement des asiles.	443
Désordres émotifs	446
Des aliénés criminels de l'Écosse	406
Asiles pour les insensés à Saint-Pétersbourg et à Copenhague	409
Une visite à Gheel.	416
Apports récents à la pathologie des maladies nerveuses. . . .	416
Maladie des ganglions centraux ; hémiplegie.	417
Paralysie liée à la lésion de la surface du cerveau	420
Épilepsie ; affections de la surface du cerveau.	422
Tumeurs cause de manie.	423
Maladies du cervelet.	423
Manie aiguë et délire maniaque aigu	423
Traitement d'une certaine classe d'aliénés destructeurs . . .	424
Leçons sur l'aliénation mentale à Londres.	431
Absence de corps calleux.	431
Sur les mariages consanguins en rapport avec la génération de la race.	432
Classification ethnique des idiots.	432
Délire spécial avec crise épileptique guéri par la morphine et les toniques	434
La colonie de Gheel.	434
Affaire Gabites ; étude médico-légale.	435
Sur l'ataxie locomotrice progressive.	440
Cours de psychiatrie à Vienne.	441
Du non-restraint dans le traitement des aliénés destructeurs.	441
Conolly et le non-restraint.	441

JOURNAUX AMÉRICAINS (1865 et 1866)

Par M. le docteur BRIERRE DE BOISMONT.

Législation des aliénés.	443
Rapports sociaux des aliénés dans les causes civiles et crimi- nelles	444

TABÉ DES MATIÈRES.	481
Folie simulée.....	445
Réactifs de la folie.....	447
Manifestations pathologico-anatomiques de l'aliénation mentale.....	447
Influence de l'éloignement ou de la proximité pour un asile destiné au peuple.....	448
De la question du travail et des hôpitaux pour les incurables.....	448
Intempérance et folie.....	449
Traitement des aliénés pauvres chroniques dans l'état de New-York.....	452
De la folie des femmes occasionnée par l'abandon et la séduction.....	452
Procès contre un médecin d'asile par suite d'une conspiration d'aliénés.....	454

JOURNAUX ITALIENS (1867)

Par M. le docteur A. BRIERRE DE BOISMONT.

Idée pour une loi sur les aliénés; leur présence devant les tribunaux.....	447
Attentats contre les choses. Pyromanie et kleptomanie.....	448
Manie simulée par un monomaniacque.....	449
Manicômes à quartiers séparés.....	450
Statistique des manicômes d'Italie.....	451
Influence des conditions météorologiques sur les aliénés....	451
Aphasie; perte de mémoire des noms et des lettres de l'alphabet.....	452
Sur la folie raisonnante.....	452

JOURNAUX PORTUGAIS (1867)

Par M. le docteur LAFFITTE.

Injections hypodermiques de sels de morphine dans le traitement de la manie.....	313
Dangers qu'elles présentent.....	313
Expériences de la commission anglaise.....	314
Doses minimales ayant causé la mort ou des accidents redoutables.....	314
Observation de manie guérie par cette méthode.....	315

JOURNAUX ALLEMANDS (1866)

Par M. le docteur HILDENBRAND.

Adhérences de la pie-mère..... 316

III. Bibliographie.

Psychiatrie allemande ; discussion sur le meilleur mode d'assistance des aliénés ; articles et brochures de MM. Griesinger, Lähr et Brosius (anal. par M. Chatelain)..... 456
 Bulletins bibliographiques..... 160, 320 et 468
 Correspondance..... 469
 Association des médecins aliénistes..... 472

IV. Variétés.

Nominations : Guignard, Bigot, Pujadas, Bonacossa, Sannicola, Perla. — Banquet de la Société médico-psychologique. — Pétitions relatives à la législation sur les aliénés. — Manicômes d'Australie. — Association des médecins-aliénistes des États-Unis. — Faits divers... 461
 Nominations et promotions : MM. Billod, Giraud, Auzouy, Marchand, Campagne, Cottard, Lhomme, Guérineau, Dufour, Bécoulet, Giraut, Bigot, Barthélemy, Arnozan, Le Menant de Chesnais. — Mort de M. Blanchard. — Prix Aubanel. — Asiles d'aliénés de la Seine. — L'asile Saint-Pons, à Nice. — Faits divers. — Les aliénés en liberté... 322
 Nominations et promotions : MM. Billod, Combes, Chasseloup, H. Bonnet, Broc, Solaville. — Société de médecine légale. — Nécrologie : Thore, Droste. — Asiles du Rhône. — Asile de Privas. — Prix proposé. — Faits divers. — Les aliénés en liberté..... 469

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

