

Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

n° 13. - Paris: Masson, 1875.

Cote : 90152, 1875, n° 13



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?90152x1875x13>



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



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 honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine

ET

LUNIER

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

CINQUIÈME SÉRIE. — TOME TREIZIÈME
TRENTE-TROISIÈME ANNÉE.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Place de l'École-de-Médecine

1875.

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

PATHOLOGIE.

DES INCONVÉNIENTS

DES

DENTS ARTIFICIELLES

CHEZ LES ALIÉNÉS (1)

Par M. le Dr SIZARET

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

OBSERVATION I.

Paralysie générale. — Dents artificielles à la mâchoire supérieure.

La nommée C..... (Antoinette), âgée de 44 ans, sans profession, célibataire, entre à l'asile le 9 juin 1873. Pas d'antécédents héréditaires connus; aucune donnée sur les

(1) Dans ce travail, les causes probables qui ont pu déterminer la paralysie générale n'ont peut-être pas été assez soigneusement recherchées; mais les observations du Dr Sizaret n'en ont pas moins une réelle importance. Elles démontrent, une fois de plus, qu'on ne doit négliger aucun mode d'examen au moment de l'entrée des malades dans les asiles.

(Note de la rédaction.)

6 INCONVÉNIENTS DES DENTS ARTIFICIELLES

causes de la maladie qui paraît remonter à trois mois. Embarras de la parole, incertitude de la marche, mémoire affaiblie, confusion des idées, crédulité enfantine, pas de délire spécial, pleurs faciles et fréquents.

4^{er} juillet. Progrès rapides de la démence paralytique, congestions fréquentes avec agitation.

17 juillet. Démence complète, incontinence vésicale et rectale, cris continuels, inappétence, diarrhée; eschares au sacrum. Haleine infecte, dents recouvertes de fuliginosités noirâtres. Les gencives sont comme fongueuses, ramollies, ulcérées; une incisive sur le point de tomber d'elle-même est enlevée avec le doigt. Tous ces accidents sont mis sur le compte du marasme paralytique.

La malade meurt le 24 juillet, environ deux mois après son entrée.

L'autopsie révèle les lésions habituelles de la paralysie générale : épaissement, infiltration, opacités laiteuses des membranes, adhérences de la pie-mère qui s'arrache avec des lambeaux de la substance corticale.

En examinant l'état des gencives et des dents, nous découvrons et nous extrayons un faux râtelier composé de cinq dents fixées par un pivot, des crochets et une plaque. Cette pièce est assez habilement exécutée pour que nous ne nous soyons en aucune façon doutés de sa présence pendant la vie.

OBSERVATION II.

Paralysie générale. — Fausse dent à pivot à la mâchoire supérieure.

La nommée J... (Thérèse), femme B..., 41 ans, mariée, sans profession, entre à l'asile le 27 juillet 1873. La maladie date de trois ou quatre mois, au dire du mari qui a remarqué dès le début un érotisme extraordinaire; en même temps, la malade se livrait à des achats insensés et dérobaient même des bijoux dans les magasins. Embarras de

la parole, obtusion intellectuelle, inégalité des pupilles. La malade n'a pas de délire propre, mais on lui fait dire tout ce que l'on veut. Elle adresse à son mari les plus tendres adieux, mais, depuis son départ, ne demande pas une seule fois de ses nouvelles.

La démence paralytique progresse très-rapidement, la constitution s'altère peu à peu et Mme B... ne quitte plus le lit à partir du mois de novembre. A cette époque, elle est complètement gâteuse, ne peut plus s'exprimer intelligiblement. La lèvre supérieure paraît légèrement soulevée à gauche et de temps en temps la malade exécute de ce côté un mouvement de succion. En examinant la bouche, nous reconnaissons que la canine supérieure gauche a été remplacée par une dent à pivot, fait qui nous est confirmé par le mari.

Le 15 décembre. Diarrhée, fétidité de l'haleine, eschares au sacrum, suppuration abondante qui achève d'épuiser la malade, laquelle expire le 28 décembre, cinq mois après son entrée.

Sur la demande du mari, l'autopsie n'a pas été pratiquée.

A ces deux faits, je puis en ajouter deux semblables qui m'ont été communiqués par mon confrère, le docteur Rouby, directeur de la maison de santé des Capucins, à Dôle. Dans l'un, il s'agit d'une dame décédée dans le dernier degré de la paralysie générale; dans l'autre, d'un capitaine actuellement au début de la même affection. Dans les deux cas, usage de faux râteliers. Un cinquième fait m'a été rapporté par une religieuse de mon service, d'une maniaque qui faillit un jour s'étrangler avec ses fausses dents.

Ces exemples que j'ai pu si facilement recueillir autour de moi prouvent que l'emploi des dents artificielles se

rencontre assez fréquemment chez les aliénés ; la raison en est peut-être que ceux-ci, plus que les autres personnes, sont les dociles jouets de leurs caprices, de leur coquetterie, de leurs préoccupations hypochondriaques ou même de l'industrialisme. Mes deux premières observations se rapportent à deux indigentes qui avaient dû se priver du nécessaire pour se procurer des dents artificielles dont elles n'avaient nul besoin. Quoi qu'il en soit, cet usage, je dirais presque cette mode, ne me paraît pas sans inconvénients sérieux chez les aliénés. En effet, pour se conserver en bon état et ne pas nuire à la santé de la bouche, les faux râteliers demandent des soins journaliers, des lavages et nettoyages fréquents, des rechanges, en un mot, toutes sortes de manipulations qui seront très-souvent négligées par ces sortes de malades. Ces appareils sont également sujets à se déplacer, accident plus souvent à craindre et plus dangereux assurément chez un épileptique, un maniaque, un paralysé général, que chez un individu sain d'esprit. Ils peuvent tomber dans le pharynx, être avalés ou s'arrêter au passage de manière à déterminer des accidents de suffocation, comme chez la maniaque que j'ai citée.

Si le médecin ignore leur présence, il arrivera souvent que le malade les conservera indéfiniment dans sa bouche, la nuit comme le jour, sans jamais les nettoyer ; de là, des troubles divers, la fétidité de l'haleine, l'anorexie, l'inflammation chronique des gencives, l'ébranlement des dents vraies, accidents qui résisteront à tous les moyens tant que la cause en sera méconnue. Or, ces râteliers artificiels sont tellement *nature* aujourd'hui que la méprise me paraît très-pardonnable.

Pour les différentes raisons que je viens d'énumérer, je pense donc qu'il serait toujours sage d'examiner la bouche des aliénés et d'en extraire les dents artificielles quand elles ne paraîtront pas indispensables.

A côté des inconvénients que l'on peut à bon droit reprocher à l'emploi des fausses dents chez les aliénés, je me suis demandé s'il n'en existait pas d'autres, moins manifestes, mais bien plus à redouter. Cette réflexion m'a été suggérée par les cas de paralysie générale que j'ai signalés et dans lesquels je serais tenté de voir une relation étiologique avec l'usage des dents artificielles. Si cette supposition paraît hasardée et sans fondement, elle pourra, je pense, trouver son excuse dans la gravité, la fréquence de l'affection dont il s'agit et dans l'obligation de ne négliger aucune des indications qui semblent s'y rattacher.

Les dents artificielles sont fixées dans la bouche par des pivots, des crochets et des plaques métalliques dits *inaltérables*. Ces différents engins peuvent, en effet, ne pas s'altérer lorsqu'on a soin de les tenir dans un parfait état de propreté, de les changer, de les ôter pour la nuit ; mais dans le cas contraire, et particulièrement chez les aliénés qui n'ont plus aucun soin de leur personne et ne se souviennent même pas qu'ils portent un faux râtelier, cette inaltérabilité me paraît moins démontrée. Si parfois une action toxique peut se développer, c'est là une question facile à résoudre par les chimistes au profit de l'hygiène. Dans tous les cas, les débris de substances alimentaires putréfiées qui séjournent dans les anfractuosités de l'appareil, se mêlant à la sanie des gencives ulcérées, doivent exercer sur les fonctions digestives une influence plus ou moins nuisible.

Mais ce qui me paraît plus digne d'attention, c'est la manière même dont les supports des dents artificielles sont maintenus en place. Ils ne peuvent tenir, en effet, qu'à la condition d'exercer une compression énergique sur la gencive et par conséquent sur les dernières expansions des rameaux dentaires. Les pivots sont implantés et forcés, pour ainsi dire, dans l'alvéole où ils exercent une sorte de traumatisme chronique sur ces

mêmes rameaux nerveux. Si la gencive est tuméfiée, le périoste alvéolaire enflammé, la compression sera portée à ses dernières limites. Dans ces conditions, il se déclare parfois des douleurs névralgiques atroces ; je me rappelle avoir vu une jeune fille, d'une coquetterie véritablement héroïque, souffrir horriblement pendant plus d'un mois après la pose d'une dent à pivot.

Lorsque l'on songe aux accidents convulsifs déterminés chez les enfants par les douleurs de la dentition, au tétanos provoqué par une simple piqûre d'abeille, par un coup de fouet, aux accès d'épilepsie consécutifs au simple attouchement d'une cicatrice ou d'une contusion, on est en droit de se demander si les violentes et longues épreuves auxquelles les dentistes soumettent les nerfs dentaires ne peuvent pas retentir parfois jusque dans le centre encéphalique.

D'ailleurs, les expériences de M. Hayem (1) nous apprennent que l'irritation traumatique d'un nerf peut se propager jusqu'à la substance grise de la moelle et produire une myélite parenchymateuse avec atrophie des cellules. Cela étant, je ne vois pas pourquoi l'irritation permanente des nerfs dentaires, transmise par les maxillaires jusqu'à la moelle allongée d'où ils proviennent, n'y déterminerait pas des altérations analogues lesquelles, ainsi que le dit M. Hayem, se généraliseraient ensuite pour aboutir en définitive à une véritable encéphalite.

(1) *Union médicale*, 1874, n° 20, p. 251.

SOUVENIRS RÉTROSPECTIFS

DE 1871

(OBSERVATION INTÉRESSANTE DE LYPÉMANIE)

Par **M. le Dr HOSPITAL**

Médecin en chef de l'asile de Clermont-Ferrand.

« Le choc violent des intérêts opposés amène brusquement la chute et la ruine des uns, l'élévation et la fortune des autres; et combien peu d'hommes, dans un déplacement semblable, ont une âme assez forte pour maîtriser les événements heureux ou malheureux ? » (F. Voisin, *Causes des mal. ment.*)

Les événements terribles qui ont bouleversé la France en 1870 et 1871, ont eu entre autres funestes résultats, celui de déterminer un grand nombre de cas d'aliénation mentale. Les sombres épisodes de la guerre, les crises politiques qui les ont précédés, les luttes ardentes de la tribune et des clubs, la diversité d'opinions, les revers, auxquels on n'était pas habitué, l'invasion territoriale et la dévastation qui en a été la suite, les levées générales, les migrations, les fatigues, les privations, les intempéries, les maladies épidémiques, l'amour-propre en jeu, l'ambition déçue, les intérêts généraux et particuliers, les appréhensions pour les liens de famille et ceux de l'affectuosité, en un mot, tout cela fondant coup sur coup sur un peuple nerveux et impressionnable, qui, naguère, se regardait comme le premier du monde, et tous ces événements se succédant avec une rapidité vertigineuse, étaient de nature à ébranler bien des intelligences et à en faire sombrer un certain nombre; aussi le chiffre des cas de folie s'est-il positivement accru à cette

époque. Les départements envahis qui ont de beaucoup le plus souffert, donnent le contingent le plus élevé ; puis viennent ceux qui n'ont eu à souffrir qu'un simple retentissement des calamités de la guerre. On peut dire que toutes les classes de la société, tous les états, les deux sexes et presque tous les âges, ont été plus ou moins atteints. Après nos premiers désastres auxquels on était si loin de s'attendre, il y eut une sorte de stupeur générale ; le pays était dans l'inquiétude, l'oppression, l'attente ; l'armée elle-même malgré son esprit excellent, devant l'inutilité de ses efforts, se ressentit de cette torpeur ; ainsi, les fièvres typhoïdes s'y développèrent, et emportèrent rapidement au milieu d'accidents ataxiques, un grand nombre de malades.

Ce n'est pas la première fois, qu'on voit un peuple entier subir une secousse morale à la suite d'une série de grands et terribles événements ; l'antiquité nous en offre des exemples, et en France même, le fait s'était déjà produit, mais à un degré beaucoup moins intense ; le voici : quelques vieillards, bien clairsemés aujourd'hui, pourraient raconter que parmi les préludes qui annoncèrent les orages de la révolution française, on constata celui-ci : à un certain moment, dans plusieurs provinces, les populations rurales furent saisies d'une sorte de panique ; « on attendait les brigands, on allait le soir sur la grande route, voir s'ils n'arrivaient pas » ; on ne sut pas au juste qui avait pu répandre ce bruit et quel en était l'objet. En plein moyen âge, époque de transition où la foi religieuse est assez vive pour déterminer les croisades, l'Occident fut frappé d'appréhension, aux approches de l'an mille, qu'on regardait comme devant amener la fin du monde. Esquirol nous apprend que l'aliénation mentale prit un accroissement subit, au Pérou, après la conquête des Européens, ainsi qu'en Amérique, après la guerre de l'indépendance ; en Angleterre, au commencement du siècle dernier ; en France, pendant la révolution. Outre ces exemples que nous offre l'histoire des peuples, les auteurs spéciaux,

nous en fournissent de particuliers, en grand nombre ; sur 113 aliénés à antécédents entièrement connus, chez 30 d'entre eux, Pinel attribue la détermination de la folie aux événements de la révolution ; à la retraite de Moscou, on constata dans les glorieux débris de l'armée de nombreux cas de folie ; M. Demazy cite le cas d'une femme devenue folle par suite des événements de 1830 ; elle apercevait du sang, des blessés, des morts, elle guérit au bout de 10 mois, par un accès d'agitation. M. Delasiauve nous offre l'observation d'un homme rechuté par suite des événements de 1848 ; il voit partout soldats et insurgés. Pinel cite le cas d'un jeune soldat devenu subitement aliéné pendant une action sanglante lors des guerres de la République, en voyant son frère frappé mortellement à côté de lui ; ramené chez lui dans un état de stupeur profonde, sa vue réagit sur un autre frère, qui à son tour devient fou. Esquirol nous montre encore l'exemple d'une femme devenue folle par suite des événements de 1815. Ferrus : jeune soldat devenu stupide à la suite de son premier combat, guéri après un accès d'agitation extravagante. Quesnoy : militaire devenu stupide et analgésiaque à la suite d'une blessure à la jambe. Charpentier : prêtre devenu mélancolique à la suite de la révolution. Morel, Foville, Lunier et presque tous nos collègues contemporains ont recueilli et publié de nombreux cas, dus à la dernière guerre ou s'y rattachant, ainsi qu'aux événements politiques. Nous avons nous-même observé un certain nombre de ces cas, dont quelques-uns ont paru dans les *Annales*. En résumé, la plupart de nos observations reconnaissent comme causes initiales les derniers événements, soit comme détermination, soit comme aggravation, soit incidemment comme épiphénomènes rattachés indirectement. Nous en citerons encore un aujourd'hui ; mais avant, qu'on nous permette de développer quelques considérants relatifs à l'augmentation du chiffre des aliénés pendant les années 1870 à 1872.

44 SOUVENIRS RÉTROSPECTIFS DE 1871.

On a constaté que le nombre des aliénés renfermés dans les asiles, aux époques citées plus haut, n'avait pas sensiblement augmenté; cela est vrai au premier abord, et pour celui de Clermont-Ferrand en particulier, le contingent a été inférieur à celui des autres années; mais en y réfléchissant, on retrouve des causes à cet apparent état stationnaire. Pendant la guerre et surtout durant l'invasion, les préoccupations qui en résultaient et les appréhensions qui en étaient la suite, avaient détourné momentanément l'attention de la question des aliénés; puis, un peu plus tard, les communes redoutant de se gréver, surtout à un moment où le salut de nos armes nécessitait d'impérieux sacrifices, laissaient errer un peu à l'abandon quelques aliénés qui, sans être précisément dangereux, auraient été, en temps ordinaire, séquestrés et traités. Un raisonnement analogue était fait par les familles, qui reculaient devant le paiement de pensions et gardaient chez elles leurs malades.

OBSERVATION.

Lypémanie religieuse caractérisée par des actes entachés de délire et d'extravagances; séquestration à Sainte-Marie, puis à Charenton; amélioration; sortie. — Rechute, tentative de meurtre; ordonnance de non-lieu.

M. D..., officier d'infanterie, 30 ans, pas d'antécédents; grand jeune homme fort et robuste. A la suite de de la guerre, il éprouve une grande déception de n'être pas élevé en grade après une action d'éclat; il est envoyé dans un camp du Midi. Un jour, lui et quelques-uns de ses camarades éprouvent une telle chaleur, sous la tente, que cinq d'entre eux auraient eu une insolation délirante; on a dit que l'un d'eux l'aurait fait appeler, et s'ouvrant le ventre, en aurait extrait ses entrailles, en disant: « je suis innocent. » Frappé de cet événement tragique, le malheureux D... devient rêveur, préoccupé, et finit par se figurer que ses camarades le prennent pour un espion, qu'ils le fuient, lui

décochent des mots à double entente. Ces excentricités lui valent un congé de convalescence. En chemin de fer l'idée lui vient tout d'un coup qu'on l'accusera de la mort de l'officier suicidé, et aussitôt il supplie un prêtre qui se trouvait par hasard assis à côté de lui, de le confesser (il n'avait pas été devôt avant ce moment). Rendu chez lui, ses allures et ses discours étonnent douloureusement ses parents ; il les appelle « monsieur et madame » et ne les tutoie plus ; il prie son père de le prendre pour domestique, ou de le placer dans quelque ferme en cette qualité ; il insiste pour s'occuper de travaux ruraux et pour manger à la cuisine ; une fois il poursuit une fille de peine. Enfin il en vient bientôt à accuser son frère de vouloir le frustrer de ses biens ; dès lors, il mange à peine dans la crainte d'être empoisonné ; les extravagances se manifestent de plus en plus ; il fait du tapage la nuit, parle de se suicider, demande à se confesser et accueille l'ecclésiastique par des injures ; il se porte même à des menaces, et devant ces dangers, on se décide à l'interner à St-Marie, où il entre en août 1874. Il s'y tient tranquille, misanthrope, concentré, ne communiquant avec personne ; la physionomie et l'attitude empreintes de préoccupations, non de stupeur ; on devine qu'un grand nombre d'idées l'obsèdent, en se heurtant en masse dans son esprit et que l'incohérence de ses faits et gestes est la manifestation, en quelque sorte matérielle, de ce désordre dans le fonctionnement intellectuel ; il se promène toute la journée, seul, rapidement, les mains dans les poches ; il se rend bien compte de sa séquestration, mais il est trop préoccupé d'autre chose pour que ce point attire, pour le moment, son attention ; aussi ne demande-t-il là-dessus aucune explication ; quand nous lui adressons la parole, il ne peut cacher sa contrariété ; mais, en homme bien élevé, il se contient, et répond clairement aux questions faites ; il convient que son esprit doit être dérangé, et l'attribue à quelques *habitudes*.

Au bout de 3 jours, il s'ennuie, se fâche, accuse cette fois sa famille de l'avoir enfermé arbitrairement et veut sortir. Cette surexcitation ne dure que quelques jours; bientôt, il tombe dans l'inertie, ne réclame plus sa sortie, ne demande rien, cause peu, répond avec effort, le plus brièvement possible; ne fait rien, ne lit pas, s'isole; la seule occupation à laquelle il se livre de temps en temps, consiste en quelques dessins à la plume, sans caractère particulier; il ne veut plus fumer. Ce commencement de dépression ne tarda pas à se manifester par l'absence de volition et de discernement; voyant son voisin aller à la communion, il s'y rend aussi, sans y être préparé, et revient tranquillement à sa place quand on lui en fait l'observation. Cet état reste stationnaire jusqu'à la fin de septembre, époque où le malade est transféré à Charenton. Quelques jours après, M. Foville, me parlant dans une lettre de M. D... le regardait comme très-malade, au point de vue mental. M. Dumas, mon adjoint, eut occasion de voir le pauvre malade pendant son séjour à Charenton; il ne constata pas chez lui d'amélioration sérieuse. Combien de temps est-il resté séquestré? nous l'ignorons; probablement plusieurs mois; après quoi, il serait venu passer quelque temps dans sa famille, et enfin il aurait pu reprendre son service militaire. Nous arrivons maintenant au moment où cet état pathologique devait réapparaître et cela d'une manière dramatique. D... demande un congé: cette permission n'ayant pas été accordée, il passe outre sans s'inquiéter des résultats, et part pour se rendre chez lui; bientôt après, sans motif apparent, et sans que rien n'ait pu faire appréhender ce qui allait arriver, D..., entre dans la salle à manger et tire un coup de revolver sur son frère, qui en ce moment lui tournait le dos; puis il se rend à R..., se constitue prisonnier, en avouant ce qu'il vient de faire, et en remettant son arme.

Voici depuis son incarcération; quelques renseignements qui m'ont été fournis sur lui: quoique au milieu d'autres

détenus, il s'isole, ne cause jamais avec d'autres, et se promène toute la journée; il est très-paisible; mais les questions l'irritent; il lui arrive souvent de refuser les vivres du dehors, voulant, dit-il, se borner à l'alimentation de la maison, qui lui suffit; il est soumis à l'examen d'une commission de médecins du pays, qui le déclarent atteint d'aliénation mentale. — Ordonnance de non-lieu.

RÉFLEXIONS. — Voir un aliéné se dépouiller de son individualité, pour revêtir celle d'un personnage réel ou imaginaire, mais fort au-dessus de sa propre situation sociale, rien n'est plus fréquent, et c'est une des manifestations de la mégalomanie; mais il est plus rare de le voir s'incarner dans une individualité inférieure; l'orgueil des humains paraît s'y opposer; cependant on en trouve des exemples, notamment dans certaines manies religieuses. La presse romantique et feuilletoniste, après avoir largement puisé ses éléments d'attraction dans la criminalité, s'est maintenant rabattue sur l'aliénation mentale; dernièrement, je lisais un petit ouvrage où un grand personnage, sous l'influence d'un coup douloureux, est atteint de ce qu'on pourrait appeler « micromanie »; il entre résolument dans la peau d'un pauvre colporteur, qu'il connaissait, y vit pendant « quelques chapitres » et en sort pour se réintégrer dans son état social véritable, par suite d'une seconde émotion violente. Les micromanques qu'on observe dans les asiles sont surtout des individus, qui pour se macérer, s'imposent des épreuves d'amour-propre en sollicitant les travaux les plus grossiers et les plus répugnants, en mangeant d'une manière insuffisante, en ne voulant coucher que dans les dortoirs de gâteux, etc. Ou ces malades ont l'intelligence dégradée, au point de n'avoir plus le discernement des différentes situations, ou ce sont des maniaques religieux, chez lesquels le scrupule domine le raisonnement, et les pousse aux excentricités, par manière de pénitence. Il ne nous a

pas paru que D... ait des hallucinations ; il n'en transsudait rien, soit dans ses paroles, soit dans ses gestes ; son attentat ne nous paraît pas non plus prémédité ; il se servait chaque matin de l'arme comme passe-temps ; il n'a pas obéi à quelque chose d'irrésistible, car il aurait mieux pris ses précautions ; les hallucinés meurtriers manquent rarement leur coup. Il est plutôt probable que quelques mots ont dû être échangés, soit immédiatement, soit quelques instants avant, et que la vue de ce frère, achevant de porter au maximum l'agacement qui bouillonnait en lui, il a eu un mouvement malheureux.

Une dernière réflexion, au sujet de D... : Il nous a paru que *l'absence d'ennui au milieu du désœuvrement*, chez un aliéné, annonce : ou une grande activité imaginative, et alors tendance à la surexcitation délirante, ou du *colapsus*, et alors tendance à la stupeur.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

L'ÉTAT DES YEUX DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Par le Dr **MOBÈCHE**

Ancien interne de l'asile de Ville-Évrard.

(Suite et fin.)

OBSERVATIONS.

4^{er} SÉRIE. — Malades ayant les pupilles égales dans un état normal de dilatation.

OBSERVATION I. — Beer (Joseph).

27 oct. 1873. — Paralytie générale, affaiblissement des facultés intellectuelles ; idées de satisfaction et de nature hypochondriaque, hésitation de la parole, pupilles inégales.

8 nov. — Pas d'inégalité pupillaire.

12 nov. — Dilatation des deux pupilles.

12 déc. — Les deux pupilles ont une dilatation et une contractilité normales. La pupille droite déformée tend à prendre une forme triangulaire.

La convexité du globe oculaire est très-prononcée.

Les sourcils peu fournis occupent toute l'arcade.

Le malade lit couramment le n^o 2 également des deux yeux

OBSERVATION II. — Carrer (Emile).

23 avril 1873. — Paralytie générale ; idées délirantes de satisfaction, hésitation de la parole, pupilles irrégulières.

7 mai. — Pas d'inégalité pupillaire.

13 nov. — Pupilles égales.

6 déc. — Les pupilles sont égales, très-contractiles ; elles ont une dilatation normale, une forme parfaitement circulaire.

La convexité du globe oculaire est normale.

Les sourcils, longs et frisés à la partie moyenne, occupent toute l'arcade.

Le malade lit des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION III. — Grille (François).

21 juill. — Démence avec paralysie générale; tremblement de la langue, marche difficile; idées de satisfaction, inégalité pupillaire.

15 nov. — Pupilles égales.

6 déc. — Les deux pupilles ont le même diamètre; leur forme est circulaire. La contractilité de l'iris est intacte.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade lit le n° 2 également de chaque œil.

OBSERVATION IV. — Laisné (Louis).

27 mars 1872. — Lypémanie avec tendance à la paralysie générale; douleurs erratiques dans les membres; troubles de la vision.

7 mai. — Paralysie générale confirmée.

13 nov. — Pupilles égales.

6 déc. — Les deux pupilles ont une dilatation normale; elles sont très-contractiles. La pupille gauche est un peu allongée en bas et en dehors.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade lit des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION V. — Lévy (Emile).

7 octobre 1873. — Paralysie générale avec affaiblissement extrême des facultés intellectuelles; apathie, ignorance du cours du temps.

15 oct. — Légère inégalité pupillaire et affaiblissement de la vision de l'œil droit, dont la pupille reste dilatée.

13 nov. — Pupilles égales, un peu dilatées.

6 déc. — Les deux pupilles présentent exactement la même dilatation, leur contour est régulier, leur contractilité très-faible.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade lit de chaque œil le n° 2. Il est impossible de trouver aujourd'hui de différence dans l'acuité de la vision.

OBSERVATION VI. — Maire (François).

16 sept. 1873. — Démence avec paralysie générale; idées de satisfaction, propos ambitieux, tremblement des mains, inégalité pupillaire.

15 nov. — Pupilles égales.

8 déc. — Les deux pupilles ont exactement le même diamètre, une contractilité parfaite. La pupille droite n'a pas un contour parfaitement circulaire.

Les yeux sont un peu enfoncés dans les orbites.

Les sourcils s'entre-croisent sur la racine du nez.

Le malade lit le n° 2 de chaque œil indifféremment.

OBSERVATION VII. — Muller (Jacques).

14 avril 1873. — Affaiblissement intellectuel avec idées délirantes de satisfaction; incohérence, léger embarras de la parole, inégalité pupillaire, paralysie générale probable.

Août. — Démence avec paralysie générale.

13 nov. — Pupilles égales.

8 déc. — Les deux pupilles ont une dilatation normale, un diamètre égal. Leur contour est très-régulier, leur contractilité parfaite.

La convexité du globe oculaire est un peu exagérée.

Les sourcils, peu épais, occupent toute l'arcade.

Le malade lit, mais un peu lentement, le n° 2 également des deux yeux,

OBSERVATION VIII. — Martin (Alphonse).

3 juill. 1873. Affaiblissement intellectuel; frayeurs nocturnes; hésitation de la parole; craintes de paralysie générale.

17 juill. — Paralysie générale au début; embarras de la parole; tremblement fibrillaire de la langue; idées de satisfaction.

14 nov. — Pupilles égales.

8 déc. — Les deux pupilles ont exactement la même largeur, une dilatation normale. Elles se contractent très-facilement. Le contour de la pupille droite a perdu de sa régularité.

La convexité du globe oculaire est normale.

Les sourcils empiètent un peu sur l'espace intersourcilier.

Le malade lit assez facilement des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION IX. — Morte (François).

23 nov. — Démence paralytique; affaiblissement notable de

l'intelligence, de la volonté et de la mémoire; quelques idées orgueilleuses, embarras de la parole.

24 nov. — Pupilles inégales.

12 déc. — Les deux pupilles normalement dilatées ont la même dimension, leur contractilité est intacte. Le contour de la pupille droite est polygonale, la gauche est régulière.

La convexité du globe oculaire est normale.

Les sourcils très-longs occupent toute l'arcade et à la partie moyenne se recourbent en haut en frisant.

Le malade lit de chaque œil indifféremment le n° 2.

OBSERVATION X. — Thouillé (Alphonse).

27 mai 1873. — Lypémanie avec prédominance d'idées hypochondriaques et de persécution. Etat général grave.

Août. — Démence paralytique.

15 nov. — Pupilles inégales.

7 déc. — Les deux pupilles égales ont un diamètre normal; leur circonférence est très-régulière, leur contractilité parfaite.

Le globe oculaire est peu saillant.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade peut lire des deux yeux le n° 4.

OBSERVATION XI. — Chancolon (Hippolyte).

10 déc. 1873. — Paralytie générale avec idées ambitieuses et fureur maniaque par intervalles; inégalités pupillaires.

18 déc. — Les deux pupilles ont une dimension normale; elles sont parfaitement égales, très-régulières. La mobilité de l'iris est diminuée.

Les yeux sont un peu saillants.

Les sourcils n'occupent guère que la partie moyenne de l'arcade.

Le malade lit des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION XII. — Desez (François).

8 déc. 1873. — Paralytie générale, affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire; hésitation de la parole; pupilles contractées.

10 déc. — Les deux pupilles égales sont revenues à peu près à leur dimension normale; leur contour est très-régulier. La contractilité de l'iris est notablement diminuée.

Les yeux ont une convexité exagérée.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade lit des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION XIII. — Gonnet (François).

24 janv. 1873. — Démence avec paralysie générale; embarras de la parole, délire ambitieux, inégalité pupillaire.

40 déc. — Pas d'inégalité pupillaire.

48 déc. — Les deux pupilles ont un diamètre normal. La pupille droite a perdu de sa régularité. Elle est très-contractionnelle.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils occupent l'espace intersourcilier; très-longs à la partie moyenne, ils sont recourbés en haut.

Le malade lit de chaque œil le n° 2.

OBSERVATION XIV. — Dartmann (Anne).

9 juill. 1873. — Lypémanie avec affaiblissement des facultés intellectuelles et de la parole; marche difficile.

Sept. — Démence avec paralysie générale.

48 nov. — Pupilles égales.

43 déc. — Les deux pupilles sont égales, elles ont une dimension normale, leur contour est très-régulier. L'iris a conservé toute sa mobilité.

La convexité du globe oculaire est normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade lit des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION XV. — Mavet, Vve Barrot.

40 janv. — Affaiblissement intellectuel, perte de la mémoire, lenteur de la parole; ignorance du cours du temps.

Août. — Démence avec paralysie générale.

8 nov. — Pupilles égales.

43 déc. — Dilatation normale des deux pupilles qui ont le même diamètre. La pupille droite est régulière; la gauche a perdu une partie de sa mobilité, elle est comme polygonale.

Le globe oculaire a une convexité un peu exagérée.

Les sourcils s'avancent jusqu'à la racine du nez.

Le malade lit de chaque œil le n° 2.

OBSERVATION XVI. — Audibert, femme Alibert.

47 juill. 1873. — Paralysie générale avec affaiblissement notable des facultés intellectuelles;

27 juill. — Inégalité pupillaire gauche.

21 nov. — Pupilles égales.

16 déc. — Les deux pupilles égales ont un diamètre normal. Leur contractilité est intacte; leur circonférence est assez régulière.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

La malade lit des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION XVII. — Alestadt (Céline).

6 juin 1873. — Démence avec paralysie générale; hésitation de la parole, faiblesse musculaire, inégalité pupillaire.

10 nov. — Pupilles égales.

21 nov. — Pupilles égales facilement contractiles.

14 déc. — Les deux pupilles ont le même diamètre; une dimension normale. Elles sont très-irrégulières, surtout la pupille gauche qui a presque la forme d'un triangle.

Les yeux sont un peu saillants.

Les sourcils, peu épais, occupent toute l'arcade.

La malade lit des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION XVIII. — Paloux (Adolphe).

3 déc. 1873. — Paralysie générale; affaiblissement intellectuel; quelques idées de satisfaction, hésitation de la parole, démarche difficile, pupilles contractées.

9 déc. Les deux pupilles ont des dimensions normales, un diamètre parfaitement égal. La pupille droite est très-irrégulière. La contractilité est intacte.

Les sourcils, courts et clair-semés, occupent toute l'arcade.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Le malade ne lit plus que le n° 3 également des deux yeux.

OBSERVATION XIX. — Geoffroy, veuve Leduc.

9 avril 1873. — Démence avec paralysie générale; embarras de la parole, préoccupation mélancolique.

24 avril. — Inégalité pupillaire.

21 nov. — Pupilles égales.

16 déc. — Les deux pupilles, très-égales, ont une dimension normale. La pupille gauche est irrégulière. L'iris est facilement contractile.

La convexité du globe oculaire est normale.

Les sourcils n'occupent que la partie moyenne de l'arcade.

La malade ne lit que le n° 3 également des deux yeux.

OBSERVATION XX. — Fortin (Laurent).

7 juill. 1871. — Affaiblissement intellectuel avec idées de satisfaction; hésitation de la parole, paralysie générale, dilatation inégale des pupilles.

40 nov. — Pupilles égales.

6 déc. — Les pupilles ont une dimension normale; elles sont très-contractiles, leur contour est régulier.

Les sourcils bien développés occupent toute l'arcade.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Le malade ne lit plus que le n° 4 sensiblement de la même manière des deux yeux.

OBSERVATION XXI. — Moulin, femme Provost.

18 sept. 1873. — Démence avec paralysie générale, hésitation de la parole, tremblement des mains, inégalité pupillaire.

40 nov. — Pupilles égales.

21 nov. — Les deux pupilles semblent égales; elles ont un léger excès de dilatation, leur contour est régulier; la contractilité de l'iris est un peu diminuée.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

La vue est notablement affaiblie; car la malade ne peut plus lire que le n° 4 avec l'un ou l'autre œil.

OBSERVATION XXII. — Chavriard (Antoine).

28 oct. 1873. — Paralysie générale; amnésie, préoccupation hypochondriaque; affaiblissement des facultés intellectuelles.

42 nov. — Pupilles égales.

42 déc. — Les deux pupilles sont dans un état normal de dilatation plutôt contractées. La pupille gauche a une forme elliptique à grand axe transversal. Elles sont très-facilement contractiles.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade ne sait pas lire.

OBSERVATION XXIII. — Deterck (Alexandre).

28 avril 1873. — Démence avec paralysie générale; léger tremblement de la langue et des mains, idées de satisfaction, pas d'inégalité pupillaire.

14 nov. — Pupille gauche un peu plus large.

5 *déc.* — Impossibilité de trouver de la différence dans le diamètre des deux pupilles. La pupille gauche est déformée, un peu elliptique. L'iris est très-contractile.

La convexité du globe oculaire est normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade ne sait pas lire.

OBSERVATION XXIV. — Morel (femme Gauchet).

14 *janv.* 1873. — Excitation maniaque avec affaiblissement des facultés intellectuelles; propos incohérents.

Mai. — Démence avec paralysie générale. Peut à peine se tenir.

8 *nov.* — Pupilles égales.

15 *déc.* — Les deux pupilles ont des dimensions sensiblement égales avec un léger excès de dilatation; leur contour n'a plus sa forme circulaire, surtout celui de la pupille gauche. La contractilité de l'iris est notablement diminuée.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

L'état de démence ne permet pas de s'assurer de l'état de la vision.

OBSERVATION XXV. — Chapelier (femme Wintz).

27 *déc.* 1872. — Démence avec paralysie générale; idées incohérentes de satisfaction, embarras de la parole, inégalité pupillaire.

8 *nov.* — Pupilles égales.

13 *déc.* — Les deux pupilles, sensiblement égales, ont une dilatation normale, elles ont conservé toute leur mobilité; la pupille droite est irrégulière.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Etat de démence qui ne laisse pas explorer la vision.

OBSERVATION XXVI. — Girod (femme Prouin).

7 *nov.* — Démence avec paralysie générale; hésitation de la parole, nul soin de sa personne, inégalité pupillaire.

12 *nov.* — Pupilles égales.

21 *nov.* — Pupille gauche plus dilatée.

16 *déc.* — Les deux pupilles parfaitement semblables, à forme régulière, ont une dilatation normale.

La convexité du globe oculaire est normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

La malade ne sait pas lire.

Ces observations nous montrent des individus aux différentes périodes de la paralysie générale et dont la vue est intacte ou n'a subi que des atteintes peu graves. Deux seulement ont un affaiblissement visuel assez prononcé (obs. 20 et 24), et encore cet affaiblissement eût pu passer inaperçu dans les circonstances ordinaires de la vie, puisqu'avant d'être recherché d'une manière spéciale, aucune mention n'en avait été faite. Le symptôme le plus saillant, celui qu'on retrouvera le plus fréquemment chez les paralyés généraux, c'est la déformation de l'un ou des deux orifices pupillaires. Enfin nous rappellerons un point sur lequel nous avons déjà appelé l'attention, c'est la différence que présente l'état des pupilles aux diverses époques de la maladie. L'orifice pupillaire subit chez les paralyés généraux des modifications très-fréquentes, sans qu'il soit possible dans l'attitude du malade de saisir les causes de ces changements.

2^e SÉRIE. — *Malades ayant les pupilles égales, mais plus contractées qu'à l'état normal.*

OBSERVATION XXVII. — Boutôt (Henri).

30 mai. — Démence avec paralysie générale; projets ambitieux, tremblement de la langue et des mains; agitation maniaque, inégalité pupillaire.

43 nov. — Pupilles normales. Marche presque impossible.

42 déc. — Pupilles très-contractées, ne mesurant guère plus d'un millimètre, très-faiblement contractiles, de largeur égale. La pupille gauche, très-irrégulière, a une forme elliptique.

Les yeux sont un peu excavés.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade lit indifféremment des deux yeux le n^o 2.

OBSERVATION XXVIII. — Gibert (femme Cazelette).

34 juill. 1872. — Démence paralytique avec délire de satisfaction. Refus d'aliments.

18 nov. 1873. — Pupilles égales.

43 déc. — Les deux pupilles sont égales, très-contractées. L'iris a perdu une grande partie de sa mobilité. La pupille gauche est très-irrégulière.

La convexité du globe oculaire est normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

La malade ne sait pas lire.

OBSERVATION XXIX. — Laroche (Jean).

1^{er} avril 1873. — Paralyse générale avec idées incohérentes de satisfaction; hésitation de la parole, pupilles resserrées.

16 avril. — Pas d'inégalité pupillaire; les deux pupilles sont contractées.

10 nov. — Pupilles égales contractées.

8 déc. — Les deux pupilles sont égales, mais contractées, elles ne mesurent guère plus d'un millimètre de diamètre. Elles sont très-peu mobiles. Leur circonférence a perdu de sa mobilité: les déformations de la pupille gauche sont peu marquées, mais la pupille droite a la forme d'une ellipse dont le grand axe serait dirigé en bas et en dehors.

La convexité du globe oculaire est normale.

Les sourcils sont étendus jusqu'à la racine du nez.

Le malade lit des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION XXX. — Briatte (Alphonse).

14 nov. 1873. — Paralyse générale; affaiblissement des facultés intellectuelles, délire ambitieux, hésitation de la parole, pupilles contractées.

9 déc. — Les deux pupilles égales sont contractées, excessivement peu mobiles. Leur circonférence est régulière.

Les sourcils, clair-semés, occupent toute l'arcade.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Le malade lit couramment des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION XXXI. — Reversat (Jean).

16 janv. 1873 — Affaiblissement des facultés mentales, avec confusion dans les idées. Ambliopie avec diplopie.

Avût. — Démence paralytique à la 2^e période.

43 nov. — Pupilles normales.

8 déc. — Les deux pupilles ont la même largeur; elles sont également très-contractées, leur mobilité est un peu diminuée, leur contour assez régulier.

Le globe oculaire a une convexité un peu exagérée.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade lit avec l'un ou l'autre œil le n° 2.

OBSERVATION XXXII. — Pottier Boisvesin.

30 nov. 1873. — Incohérence complète dans les idées, amnésie, idées ambitieuses, étourdissements, embarras de la parole, inégalité pupillaire, paralysie générale au début.

42 déc. Les deux pupilles sont contractées; leur dimension est sensiblement la même, mais leur contour est très-irrégulier; elles ont une forme polygonale. La contractilité n'est pas diminuée.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils développés occupent toute l'arcade.

Le malade lit des deux yeux le n° 2.

3^e SÉRIE. — Malades ayant les pupilles inégales par excès de contraction de l'une des pupilles.

OBSERVATION XXXIII. — Cléty (veuve Lefèvre).

30 nov. 1873. — Démence avec paralysie générale, idées de satisfaction, hésitation légère de la parole, inégalité pupillaire.

8 nov. 1873. — Pupille droite un peu plus large.

13 déc. — La pupille droite a une dimension normale, une forme circulaire, sa mobilité intacte. La gauche est irrégulière, un peu contractée.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils s'entre-croisent sur la racine du nez.

La malade lit également des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION XXXIV. — Gout (Ferdinand.)

19 août 1872. — Démence avec paralysie générale; idées ambitieuses, incohérentes, resserrement des pupilles.

16 nov. — Pupilles égales, contractées.

12 déc. — La contraction a un peu diminué; la pupille droite a repris ses dimensions normales; la gauche reste encore un peu resserrée. Le contour de la pupille droite est très-irrégulier, déchiqueté; la gauche est régulière. La mobilité de l'iris est intacte.

Les sourcils n'occupent pas le quart interne de l'arcade.

L'œil a sa convexité normale.

Le malade lit des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION XXXV. — Bonnet (Léon).

24 nov. 1873. — Paralyse générale ; affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire ; délire ambitieux ; hésitation de la parole, pupilles inégales.

26 nov. — Pupilles égales.

9 déc. — Les deux pupilles sont contractées, la gauche un peu plus. Leur contour est irrégulier. Elles sont facilement dilatables.

La convexité du globe oculaire est normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade lit des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION XXXVI. — Bourgeois (femme Casiez).

3 oct. 1872. — Démence avec paralyse générale ; confusion extrême dans les idées, faiblesse musculaire, incapable de se diriger en liberté.

18 nov. 1873. — Pupille gauche un peu plus large.

14 déc. — Les deux pupilles sont légèrement contractées ; la gauche l'est un peu moins ; leur circonférence est très-irrégulière ; l'iris est très-peu mobile.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils s'étendent jusqu'à l'espace intersourcilier.

La malade ne peut plus lire que le n° 5. Elle lit le même numéro avec les deux yeux, mais lit plus lentement avec l'œil gauche.

OBSERVATION XXXVII. — Daniel (Jacques).

3 déc. 1873. — Paralyse générale avec excitation et délire ambitieux, légère hésitation de la parole, pupille droite plus large.

7 déc. — La pupille gauche, un peu dilatée, mesure 3 mill. ; la pupille droite est contractée. Son contour est très-irrégulier, analogue à une pupille qui aurait été déformée par des adhérences. Elle a conservé toute sa mobilité, tandis que la gauche se contracte difficilement.

Le globe oculaire est un peu saillant.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade lit facilement le n° 2 avec l'œil droit ; avec l'œil gauche, il ne lit que le n° 5 ; après une instillation d'éserine, il arrive à lire également le n° 2.

OBSERVATION XXXVIII. — Dubois (François).

23 mai 1868. — Alcoolisme subaigu.

Mars 1873. — Démence avec paralysie générale.

13 nov. — Pupille droite un peu plus large.

6. déc. — Les deux pupilles sont inégales; la droite très-contractée, mesure un mill.; la gauche a ses dimensions normales. Toutes deux sont dilatables, la droite un peu moins. Leur contour est très-irrégulier; celui de la pupille droite est comme déchiqueté.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils n'occupent guère que la partie moyenne de l'arcade.

Avec l'œil gauche le malade lit le n° 3; avec l'œil droit, il ne lit plus que le n° 4.

OBSERVATION XXXIX. — Grassot (Pierre).

6 sept. 1873. — Paralysie générale, démence hypochondriaque avec idées de satisfaction, pupilles inégales.

13 nov. — Pupille droite un peu plus large.

6 déc. La pupille gauche n'a pas plus qu'un mill.; la droite est très-légèrement plus dilatée qu'à l'état normal. Leur forme est assez régulière. L'iris est peu mobile.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils très-développés, recourbés en haut, occupent toute l'arcade.

La vue est très-affaiblie. Le malade ne peut plus lire que le n° 10 avec l'œil droit.

OBSERVATION XL.

12 juin 1873. — Démence avec paralysie générale; démarche difficile, tremblement de la langue et des mains, idées de satisfaction.

8 nov. — Pupilles égales très-contractées.

10 déc. — La pupille droite, très-contractée, mesure environ un mill.; très-irrégulière, elle est complètement immobile. La pupille gauche moins contractée n'a pas tout à fait son diamètre normal; peu mobile, sa circonférence est régulière.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

La malade ne sait pas lire.

OBSERVATION XLI. — Sellenthin (Pierre).

20 juill. 1872. — Affaiblissement intellectuel et embarras de la parole, propos incompréhensibles, impossibilité d'obtenir une réponse.

Août 1872. — Démence paralytique.

43 nov. — Pupille droite plus large.

8 déc. — La pupille droite a son diamètre normal, la gauche est contractée. Le contour des deux pupilles est irrégulier, polygonal. L'iris a perdu complètement sa mobilité.

L'œil a une convexité normale.

Les sourcils sont étendus jusqu'à la racine du nez.

Le malade est complètement aphasique et dément.

Les malades qui font le sujet des observations des 2^e et 3^e séries démontrent qu'à toutes les périodes de la maladie, les pupilles peuvent être contractées, aussi bien au début (obs. 32) qu'aux périodes ultimes de la maladie (obs. 44). Nous y trouvons un symptôme plus fréquent que dans la première série, c'est la diminution dans la mobilité de l'iris. Les troubles de la vision sont peu fréquents. Nous avons dit en effet que la contraction de l'iris n'exerçait pas une influence sensible sur l'état de la vue, à moins qu'il n'ait perdu en grande partie sa mobilité. Or les malades qui ne peuvent plus lire le n^o 2, sont précisément ceux dont l'iris est complètement ou en grande partie immobile.

4^e SÉRIE. — *Malades ayant les pupilles inégales par excès de dilatation de l'une des pupilles.*

OBSERVATION XLII. — Delaitre (Héloïse).

30 sept. 1873. — Démence avec paralysie générale, embarras de la parole, quelques préoccupations hypochondriaques, pupilles égales.

40 nov. — Pupille gauche plus large.

48 déc. — La pupille est très-légèrement plus large. Le contour des deux pupilles est déformé. La pupille gauche est polygonale, la droite est elliptique. La mobilité de l'iris est diminuée des deux côtés.

Les yeux ont une convexité un peu exagérée.
 Les sourcils, peu épais, occupent toute l'arcade.
 La malade lit également des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION XLIII. — Pouillon (Anne).

27 déc. 1872. — Lypémanie avec accès hypochondriaques; engourdissement des membres.

Mars. — Embarras de la parole, trouble de la sensibilité générale, pas d'inégalité pupillaire, crainte de paralysie générale.

Juin. — Démence avec paralysie générale.

40 nov. — Pupille gauche plus large.

42 déc. La pupille gauche a un excès de dilatation; elle mesure environ 3 mil. et demi. Très-irrégulière; elle a une forme triangulaire, très-peu contractile.

La convexité du globe oculaire est normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade lit, mais avec peine, également des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION XLIV. — Mornay (femme Lebeans).

25 février 1873. — Manie chronique avec tendance à la démence; lenteur de la parole, inconscience de son état.

40 nov. Pupille gauche un peu plus large.

21 nov. — La pupille droite a une dilatation normale, une forme régulière. La pupille gauche mesure 2 mill.; elle est presque quadrilatère, très-faiblement contractile.

Les yeux ont une convexité normale.

Les sourcils n'occupent que la partie moyenne de l'arcade.

La malade ne lit que le n° 3 et la vue est sensiblement la même des deux côtés.

OBSERVATION XLV. — Roumanowski (Vincent).

44 mars 73. — Paralysie générale avec délire ambitieux; hésitation de la parole, inégalité pupillaire, démarche chancelante.

44 nov. — Pupilles très-dilatées.

24 déc. Les deux pupilles sont dilatées, elles ont perdu leur régularité. La pupille droite mesure environ 4 mill.; la pupille gauche, 3 mil. et demi. Elles sont peu contractiles.

Le globe oculaire est un peu saillant.

Les sourcils occupent toute l'arcade.
Le malade arrive à lire le n° 4.

OBSERVATION XLVI. — Grout (Adolphe).

46 mars 1873. — Affaiblissement intellectuel avec délire ambitieux; pupilles inégales, craintes de paralysie générale.

44 nov. — Pupilles dilatées, la gauche un peu plus.

42 déc. Les deux pupilles mesurent au moins 4 mill.; la pupille gauche reste un peu plus large. Leur contour est assez régulier; elles sont peu contractiles.

Les yeux sont un peu saillants.

Les sourcils, clair-semés, occupent toute l'arcade.

Le malade lit facilement le n° 2.

OBSERVATION XLVII. — Bugnon (Alexandre).

46 nov. 1873. — Paralysie générale avec affaiblissement intellectuel; loquacité incohérente, tremblement des doigts, embarras de la parole.

41 déc. — Pupille droite très-légèrement plus large. Le contour des deux pupilles est très-régulier; leur contractilité est peu modifiée.

La convexité des yeux est normale.

Les sourcils n'occupent pas le quart interne de l'arcade.

Le malade lit facilement le n° 2.

OBSERVATION XLVIII. — Veil (Liber.)

7 sept. 1873. — Démence avec paralysie générale; tremblement de la parole, inégalité pupillaire, projets ambitieux.

44 nov. — Pupille droite plus large.

44 déc. — La pupille droite est très-légèrement plus large. Toutes deux sont très-irrégulières: la pupille gauche est comme polygonale; la droite est presque triangulaire. La mobilité de l'iris est peu modifiée.

Les yeux ont une convexité normale.

Les sourcils abandonnent l'arcade vers le tiers interne.

Le malade lit également des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION XLIX. — Demongeot (Léonard).

42 août 1873. — Paralysie générale; affaiblissement de l'intelligence, inégalité pupillaire, hésitation de la parole.

43 nov. — Pupilles égales.

9 déc. — Les deux pupilles n'ont plus exactement la même

largeur; la droite est très-légèrement plus large et un peu ellipsoïde. Toutes deux sont facilement contractiles.

L'œil a une convexité normale.

Les sourcils, abondants, couvrent toute l'arcade.

Le malade lit également des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION L. — Roullot (Ernest).

29 oct. 1873. — Paralyse générale avec affaiblissement intellectuel et prédominance d'idées ambitieuses, inégalité pupillaire, embarras de la parole.

8 nov. — Pas d'inégalité dans les pupilles.

9 déc. — La pupille gauche est un peu plus dilatée, son contour est assez régulier; la droite est presque triangulaire. Toutes deux sont un peu paresseuses à la contraction.

Les yeux sont un peu saillants.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade lit de chaque œil le n° 2.

OBSERVATION LI. — Romier (Jean).

30 oct. 1872. — Excitation maniaque, suite d'excès alcooliques avec idées confuses de satisfaction, pupilles inégales, embarras de la parole.

Janv. 1873. — Pas d'inégalité pupillaire.

Août. — Démence avec paralyse générale.

13 nov. — Pupilles égales.

8 déc. La pupille droite présente une très-légère dilatation; elle est un peu allongée dans le sens longitudinal. La contractilité est un peu affaiblie des deux côtés.

Les yeux sont un peu saillants.

Les sourcils ne recouvrent pas le quart interne de l'arcade.

Le malade lit des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION LII. — Courtois (Théophile).

Avril 1873. — Affaiblissement intellectuel; conscience incomplète de son état, inégalité pupillaire, pas d'embarras de la parole, début possible de paralyse générale.

Août. — Démence avec paralyse générale.

14 nov. — Pupille droite un peu plus large.

6 déc. — La pupille droite a un léger excès de dilatation sur la pupille gauche. Toutes deux sont contractiles et régulières.

La convexité du globe oculaire est normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade lit couramment des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION LIII. — Gilaire (Aimé).

4 mars. — Paralyse générale avec prédominance d'idées hypochondriaques; hésitation de la parole, parfois un peu d'excitation maniaque.

16 nov. Pupille gauche un peu plus large.

6 déc. — Même état de la pupille gauche qui est un peu moins contractile. Le contour des deux pupilles est irrégulier, un peu allongé dans le sens vertical.

Les yeux ont une convexité normale.

Les sourcils ne recouvrent pas le quart interne de l'arcade.

Le malade lit facilement des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION LIV. — Bourdille (Joseph).

6 nov. 1873. — Paralyse générale avec idées de satisfaction; hésitation de la parole, pupille gauche plus large.

8 nov. — Pas d'inégalité pupillaire.

20 nov. — Légère inégalité pupillaire.

12 déc. — La pupille gauche a un léger excès de dilatation, son contour n'est pas très-régulier. Toutes deux sont facilement contractiles.

Les yeux ont une convexité normale.

Les sourcils abandonnent le quart interne de l'arcade.

Le malade lit des deux yeux, mais avec peine, le n° 2.

OBSERVATION LV. — Clairmartin (Louis).

11 avril 1873. — Démence avec paralyse générale; embarras de la parole, inégalité pupillaire.

22 avril. — Pas d'inégalité pupillaire.

15 nov. — Pupille droite un peu plus large.

6 déc. — La pupille droite a un très-léger excès de dilatation; elles sont facilement contractiles.

La convexité du globe oculaire est normale.

Les sourcils très-longs, recourbés en haut, s'étendent jusqu'à la racine du nez.

Le malade ne lit que le n° 3, sensiblement de la même façon des deux côtés.

OBSERVATION LVI. — Marmignon (Gustave).

27 fév. 1872. — Débilité mentale avec confusion dans les idées; accès passagers d'excitation, quelques idées de satisfaction.

Avût 1873. — Démence avec paralysie générale.

13 nov. — Pupilles égales.

8 nov. — La pupille droite est un peu dilatée. Toutes deux sont régulières, mais faiblement contractiles.

La convexité oculaire est normale.

Les sourcils recouvrent toute l'arcade.

Le malade lit le n° 2 des deux yeux, mais il lit plus lentement si on ne lui permet que l'usage de l'œil droit.

OBSERVATION LVII. Soullignac (François).

3 sept. 1872. — Paralysie générale ; délire ambitieux, hésitation de la parole, inégalité pupillaire.

Janv. 1873. — Pas d'inégalité pupillaire.

14 nov. — Pupilles égales.

16 déc. — La pupille droite est un peu dilatée, sa contractilité est un peu plus faible, son contour n'est pas parfaitement circulaire.

La convexité oculaire est normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade lit le n° 2 des deux yeux, mais il lit un peu plus difficilement avec l'œil droit.

OBSERVATION LVIII. — Dalbin (Jean).

8 nov. 1872. — Démence; hémiplégie du côté gauche, incurabilité.

Juin 1873. Démence avec paralysie générale.

13 nov. Pupille droite un peu plus large.

6 déc. — La pupille droite mesure environ 3 mill.; elle est très-peu contractile. Le contour des deux pupilles est assez régulier.

La convexité du globe oculaire est normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade lit le n° 2, mais avec beaucoup de peine avec l'œil droit.

OBSERVATION LIX. — Budant (Pascal).

8 fév. 1873. — Paralysie générale avec idées hypochondriaques ; sensiblerie, hésitation de la parole, pupille droite un peu plus large.

13 nov. — Pupille droite très-légèrement plus dilatée.

12 déc. — La pupille droite reste un peu plus large, son

contour est très-irrégulier, mais elle a conservé toute sa mobilité.

La convexité oculaire est normale.

Les sourcils n'occupent que la partie moyenne de l'arcade.

Le malade ne peut lire que le n° 3; il lit sensiblement de la même façon des deux côtés.

OBSERVATION LX. — Raquenat (femme Jacques).

9 *juil.* 1873. — Démence avec paralysie générale; léger embarras de la parole.

10 *nov.* — Pupilles égales.

21 *nov.* — Pupille droite un peu plus large.

13 *déc.* — Même différence; la pupille droite très-irrégulière a la forme d'une ellipse à grand axe vertical. La mobilité de l'iris est considérablement diminuée.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade lit le n° 3 avec l'œil gauche, le n° 5 avec l'œil droit.

OBSERVATION LXI. — Boulanger (Adèle).

7 *juill.* 1873. — Paralysie générale avec affaiblissement intellectuel; faiblesse musculaire, inégalité pupillaire, embarras de la parole.

8 *nov.* — Pupille gauche un peu plus large.

28 *nov.* — La même différence persiste entre les deux pupilles; la contractilité de la pupille gauche est très-amointrie, son contour est très-irrégulier, polygonal, déchiqueté. La pupille droite a également perdu un peu de sa mobilité et de sa contractilité.

La convexité du globe oculaire est normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade lit le n° 3 avec l'œil droit et seulement le n° 4 avec l'œil gauche.

OBSERVATION LXII. — Lamirault (Charles).

10 *mai* 1873. — Affaiblissement intellectuel avec embarras de la parole; faiblesse musculaire, perte de la mémoire, pas d'inégalité pupillaire, craintes de paralysie générale.

Août. — Démence avec paralysie générale.

13 *nov.* — Pupille droite un peu plus large.

8 *déc.* — La pupille gauche mesure 3 mill.; la pupille droite

4 mill. environ; elles ont perdu leur régularité, se contractent difficilement.

Les yeux sont un peu saillants.

Les sourcils abandonnent l'arcade vers la partie moyenne.

Le malade ne peut plus lire que le n° 5 et seulement le n° 7 1/2 avec l'œil droit.

OBSERVATION LXIII. — Converset (Auguste).

28 juin 1873. — Paralyse générale; embarras extrême de la parole, tremblement des mains.

13 nov. — Pupille droite un peu plus large.

8 déc. — Les deux pupilles sont dilatées. La gauche mesure environ 5 mill.; la droite 3 mill.; leur contour, surtout celui de la droite, est irrégulier. Elles sont peu contractiles.

Les yeux ont une convexité normale.

Les sourcils empiètent un peu sur le nez.

Le malade lit le n° 3 avec l'œil gauche, dont la pupille est la plus large; seulement le n° 7 1/2 avec l'œil droit. Le malade qui a parfaitement conscience de cet affaiblissement de sa vue, nous affirme que c'est seulement depuis son entrée à l'asile qu'il a remarqué le trouble de sa vision.

OBSERVATION LXIV. — Croslais (femme Lefèvre).

8 mars 1873. — Démence avec paralyse générale; embarras de la parole, idées de satisfaction, pas d'inégalité pupillaire.

10 nov. — Pupilles égales, un peu dilatées.

18 nov. — La pupille droite a ses dimensions normales; elle est elliptique à grand axe dirigé en bas et en dehors. La pupille gauche mesure environ 3 mil. 1/2; elle est assez régulière. La contractilité de l'iris est affaiblie des deux côtés.

La convexité du globe oculaire est un peu exagérée.

Les sourcils épais occupent toute l'arcade.

Le malade lit le n° 3 avec l'œil droit, le n° 4 avec l'œil gauche.

OBSERVATION LXV. — Maillard (Baptiste).

3 mai 1873. — Démence avec embarras de la parole, préoccupations hypochondriaques, vertiges, paralyse générale probable.

Avût. — Démence paralytique.

14 nov. — Pupille gauche un peu plus large.

11 déc. — La pupille gauche est un peu plus large que la

droite. La circonférence est un peu moins régulière; elle est aplatie à son quart supérieur. La contractibilité de l'iris n'est pas modifiée.

L'œil a une convexité normale.

Les sourcils recouvrent toute l'arcade.

Le malade lit le n° 2; seulement le n° 3 avec l'œil gauche.

OBSERVATION LXVI. — Roubalet (Auguste).

7 août 1873. — Paralyse générale avec idées de satisfaction; nombreux projets, incohérence, inégalité pupillaire.

14 nov. — Pupille gauche un peu plus large.

11 déc. — La pupille droite a sa dilatation et sa contractilité normales, mais l'orifice pupillaire est un peu plus rapproché du bord interne de l'iris. La pupille gauche est très-peu contractile, elle mesure 4 mill., son bord supérieur est à peu près droit.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils recouvrent toute l'arcade.

Le malade lit le n° 2; il ne peut plus lire que le n° 5 avec l'œil gauche, après une instillation d'éserine, il arrive à lire avec un peu de peine le n° 2 des deux yeux.

OBSERVATION LXVII. — Ruffier (Albert).

22 oct. 1872. — Affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire; incapable de travailler, parole embarrassée, faiblesse musculaire.

Juin 1873. — Démence paralytique.

13 nov. — Pupilles très-dilatées, la droite un peu plus large.

13 déc. — La pupille droite mesure près de 6 mill.; elle a une forme presque quadrilatère. La pupille gauche a environ 3 mill. de diamètre, un contour également très-irrégulier. La mobilité de l'iris est considérablement diminuée des deux côtés.

La convexité des yeux est normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Avec l'œil gauche, le malade peut lire le n° 2; à l'aide de l'œil droit, il ne lit qu'avec beaucoup de peine le n° 10. Après une instillation d'éserine dans l'œil droit, il arrive à lire le n° 4.

OBSERVATION LXVIII. — Daner (Augustin).

21 janv. 73. — Démence avec paralyse générale; ignorance

du cours du temps, idées de grandeur, hésitation de la parole.

44 *nov.* — Pupilles égales.

6 *déc.* — Pupille gauche un peu plus large. Le contour des deux pupilles est assez régulier, mais l'iris a perdu une partie de sa mobilité.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils longs, frisés à la partie moyenne occupent toute l'arcade.

Le malade lit sensiblement de la même façon des deux yeux, seulement le n° 4.

OBSERVATION LXIX. — Olry (François).

19 *août* 1873. — Démence avec paralysie générale; idées de satisfaction, actes inconscients, hésitation de la parole; inégalité pupillaire.

44 *nov.* — Pupille gauche plus large.

8 *déc.* — Les deux pupilles ont une dilation notable, la pupille droite mesure 3 mill.; la gauche 5 mill. environ. La pupille droite est très-régulière, un peu contractile. La gauche a la forme d'un segment de circonférence terminé par une ligne droite perpendiculaire située sur le côté interne; elle est complètement immobile.

Les yeux sont profondément cachés dans les orbites.

Les sourcils recouvrent toute l'arcade.

Le malade arrive à lire le n° 2 avec l'œil droit; avec le gauche il ne lit plus que le n° 7 1/2; après le rétrécissement de la pupille gauche, il arrive à lire le n° 3.

OBSERVATION LXX. — Philippe (Auguste).

23 *nov.* 1873. — Paralysie générale avec idées incohérentes de persécution; hésitation de la parole, inégalité pupillaire.

9 *déc.* — La pupille gauche a une dilatation et une contractilité normales; mais son contour a perdu de sa régularité. La pupille droite mesure environ 4 mill., elle est à peu près complètement immobile.

Les yeux sont un peu saillants.

Les sourcils, très-épais, occupent toute l'arcade.

Le malade peut lire le n° 2 avec l'œil gauche; il ne lit plus que le n° 5 avec l'œil droit; après une instillation d'éserine, il arrive à lire le n° 3.

OBSERVATION LXXI. — Buisson (Louis).

9 juill. 1871. — Paralyse générale; affaiblissement intellectuel, apathie, indifférence, quelques idées de satisfaction, pupilles inégales.

13 nov. — Pupilles dilatées, la droite un peu plus large.

9 déc. — Les deux pupilles sont très-dilatées: la pupille droite mesure 5 mill.; la gauche environ 4 mill. 1/2. Elles ont une forme très-irrégulière, surtout la pupille droite; de ce côté l'orifice pupillaire est beaucoup plus rapproché du bord interne. La contractilité de l'iris est à peu près éteinte des deux côtés.

La convexité oculaire est normale.

Les sourcils abandonnent l'arcade vers le quart interne.

Le malade lit le n° 3 de l'œil gauche, le n° 5 avec l'œil droit; mais après que les deux pupilles ont repris leur dimension normale, il arrive à lire le n° 2.

OBSERVATION LXXII. — Chauvin (Amédée).

15 oct. 1873. — Paralyse générale avec idées ambitieuses; satisfaction malade, peu de troubles de la motilité.

14 nov. — Pupille droite plus large.

6 déc. — Les deux pupilles sont dilatées: la droite mesure environ 5 mill.; la gauche 4 mill., leur circonférence est irrégulière; l'iris est à peu près complètement immobile.

Les yeux ont une convexité normale.

Les sourcils recouvrent toute l'arcade.

Le malade ne lit que le n° 5 avec l'œil gauche et le n° 7 1/2 avec l'œil droit. Après une instillation d'éserine, il lit très-couramment des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION LXXIII. — Hautecœur (femme Raspail).

5 avril. 1873. — Démence avec paralyse générale; idées de satisfaction, hésitation de la parole, inégalité pupillaire.

10 nov. Pupille gauche plus large.

18 nov. Même état.

12 déc. — La pupille droite a un diamètre normal; elle est régulière, très-contractile. La gauche mesure environ 4 mill.; aplatie en haut, elle a la forme d'un segment de circonférence; elle est très-peu contractile.

La convexité du globe oculaire est normale.

Les sourcils recouvrent toute l'arcade.

La malade lit le n° 3 avec l'œil droit, le n° 412 avec l'œil gauche, mais après une instillation d'éserine, elle arrive à lire également le n° 2.

OBSERVATION LXXIV. — Toucas (Joséphine).

16 juin 1873. — Débilité mentale; faiblesse musculaire, tremblement choréiforme.

Juin 1873. — Démence avec paralysie générale.

10 nov. — Pupilles égales un peu dilatées.

24 nov. — Les deux pupilles sont dilatées; la droite mesure environ 4 mill., la gauche un peu moins. Leur contour est irrégulier, anguleux. L'iris est à peu près immobile.

Les yeux ont une convexité exagérée.

Les sourcils recouvrent toute l'arcade.

La malade lit le n° 4. Après une instillation d'éserine, elle peut lire des deux yeux le n° 2.

OBSERVATION LXXV. — Barillier (femme Dumetz).

13 juin 1873. — Affaiblissement intellectuel, tremblement des membres supérieurs, déviation de la colonne vertébrale.

Nov. — Démence avec paralysie générale.

8 nov. — Pupille droite un peu plus large.

13 déc. — Les deux pupilles sont dilatées: la droite mesure environ 3 mill. 412; la gauche, 3 mill. La mobilité de l'iris est diminuée, surtout du côté droit. La forme des deux pupilles est assez régulière.

Les yeux sont un peu saillants.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

La malade lit du côté gauche le n° 5; du côté droit le n° 712. Après une instillation d'éserine, elle arrive à lire le n° 3 sensiblement de la même façon des deux côtés.

OBSERVATION LXXVI. — Clément (Julie).

10 sept. 1873. — Démence avec paralysie générale; idées de satisfaction, possède des diamants; inégalité pupillaire.

10 nov. — Pupille droite beaucoup plus large.

24 nov. — La pupille droite a 5 mill. 412; la gauche a ses dimensions normales. Elles sont très-irrégulières, surtout la pupille gauche qui tend à devenir elliptique. L'iris est peu mobile.

La convexité oculaire est normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

La malade ne lit plus que le n° 5 avec l'œil gauche et le n° 40 avec l'œil droit. Après le rétrécissement des pupilles, elle peut lire le n° 3 des deux yeux.

OBSERVATION LXXVII. — Bergeret (Raymond).

49 mars 1873. — Démence avec paralysie générale, idées de satisfaction, embarras de la parole, pupille droite plus large.

43 nov. — Pupille droite plus dilatée.

44 nov. — La pupille gauche a sa dimension normale, elle est régulière, facilement contractile. La pupille droite a environ 3 mill.; elle est irrégulière, très-peu mobile.

Les yeux sont un peu saillants.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Le malade est aphasique et dément.

OBSERVATION LXXVIII. — Cheneau (Jean-Baptiste).

17 juil. 1874. — Lypémanie; répond à peine aux questions.

Nov. 1872. — Démence avec paralysie générale, embarras de la parole, satisfaction absurde.

43 nov. 1873. — Pupilles égales.

9 déc. — La pupille droite est un peu plus dilatée que la gauche. Toutes deux sont assez régulières et contractiles.

La convexité des yeux est normale.

Les sourcils recouvrent toute l'arcade.

Le malade est dans un état complet de démence.

OBSERVATION LXXIX. — Mestre (Jean).

20 janv. 1873. — Démence avec paralysie générale, hésitation de la parole, idées de satisfaction, inégalité pupillaire.

43 nov. — Pupilles égales un peu dilatées.

8 déc. — Les deux pupilles sont dilatées; la gauche mesure au moins 3 mill.; la droite environ 3 mill., 4/2. Toutes deux sont irrégulières et peu contractiles.

Les yeux ont une convexité normale.

Les sourcils recouvrent toute l'arcade.

Le malade est dans un état de démence qui ne permet pas d'obtenir de réponse.

OBSERVATION LXXX. — Delisle (Louis.)

41 janv. 1873. — Démence avec paralysie générale, agitation nocturne, embarras de la parole, démarche difficile.

43 nov. — Pupille gauche un peu plus large.

6 *déc.* — La pupille droite est normale, la gauche a environ 3 mill., elle est régulière. L'iris est mobile des deux côtés.

Les yeux ont une convexité exagérée.

Les sourcils ne recouvrent pas le quart interne de l'arcade.

Le malade ne sait pas lire, mais sa vision est à peu près intacte.

OBSERVATION LXXXI. — Clément (Hélène).

18 *sept.* 1873. — Démence avec paralysie générale; embarras de la parole, inégalité pupillaire.

10 *nov.* — Pupilles égales, un peu dilatées.

23 *nov.* — Même état.

13 *déc.* — La pupille gauche est très-irrégulière, presque quadrilatère, mesure près de 6 mill.; la droite assez régulière a environ 4 mill. L'iris est très-peu mobile à droite; complètement immobile à gauche.

Les yeux ont une convexité exagérée.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

La malade est dans un état complet de démence.

OBSERVATION LXXXII. — Trusson (Marie).

12 *juin* 1873. — Démence avec paralysie générale; inconscience de ses actes, hésitation de la parole, légère inégalité pupillaire.

18 *sept.* — Inégalité pupillaire.

10 *nov.* — Pupilles égales.

21 *nov.* — Pupille droite plus large.

14 *déc.* — Les deux pupilles ont une dilatation anormale, la droite mesure environ 4 mill.; la gauche 3 mill. 1/2. Le contour de la pupille gauche est très-irrégulier; l'iris du côté droit est très-peu mobile.

Les yeux ont une convexité normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

La malade ne sait pas lire, mais sa vision n'est pas notablement affaiblie.

OBSERVATION LXXXIII. — Monoir (Eugénie).

14 *oct.* 1873. — Excitation maniaque; lenteur dans les réponses, inégalité pupillaire.

17 *nov.* — Démence avec paralysie générale, inégalité pupillaire.

23 *nov.* — Pupille droite un peu plus large.

43 déc. — Même état. La pupille droite un peu déchi-
tée. La contractilité de l'iris est intacte.

Le globe oculaire a une convexité normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

La malade ne sait pas lire; sa vue est peu modifiée.

Les observations rapportées dans cette série justifient la plupart des opinions que nous avons émises. Elles prouvent que les affaiblissements de la vision, quand on les cherche avec soin, sont beaucoup plus nombreux que ne l'ont cru presque tous les auteurs.

Nous avons dit que l'inégale dilatation des pupilles était due à ce que l'une des pupilles restant normale, l'autre se dilatait. Or nous trouvons cette modification chez 42 malades; chez 9 seulement, elle était due à un excès de contraction de l'un des deux orifices pupillaires.

Les malades des observations 42 à 59 ont la vue sensiblement égale des deux côtés; mais chez le plus grand nombre, la différence entre les deux pupilles est très-faible et, chez presque tous, la dilatation est peu considérable. Tous, du reste arrivent à lire le n° 3.

Dans les observations 60 à 75, nous trouvons la vue inégale des deux côtés; quelquefois il y a entre les deux yeux la différence de plusieurs numéros, différence qui est presque toujours en rapport avec celle qui existe entre le diamètre des deux pupilles.

Enfin, les malades des observations 66 à 76, dont la vue est affaiblie soit d'un côté, soit des deux, ont recouvré à peu près l'intégrité de leur vision, quand par l'intermédiaire de l'éserine leurs pupilles ont repris leurs dimensions normales.

5^e SÉRIE. — *Malades atteints d'amblyopie, d'amaurose, de paralysie de la troisième paire.*

OBSERVATION LXXXIV. — Lerond (Antoine).

44 avril 1873. — Démence avec paralysie générale; tremble-

ment des mains, affaiblissement musculaire, pupilles resserrées également.

44 nov. — Pupille gauche un peu plus large.

8 déc. Les deux pupilles sont un peu plus dilatées qu'à l'état normal, sensiblement égales. Leur contour est régulier. L'iris est très-peu mobile, surtout du côté gauche.

Avec l'œil droit, le malade peut lire le n° 3; mais avec l'œil gauche, il ne peut lire aucun des numéros de l'échelle. Interrogé sur l'époque à laquelle remonte cette perte de la vision, il nous apprend qu'il n'a jamais pu distinguer la nuit du jour avec l'œil gauche, et que cet état est le même depuis son enfance. Cette disposition n'a rien d'héréditaire; il n'y en a aucun autre cas dans sa famille.

Les yeux ont une convexité normale.

Les sourcils recouvrent toute l'arcade.

OBSERVATION LXXXV. — Suel (Lucien).

48 juil. 1874. — Lypémanie avec prédominance d'idées de persécution; tentatives de suicide.

Mai 1873. — Démence avec paralysie générale.

44 nov. — Pupille droite un peu plus large.

8 déc. — La pupille droite mesure environ 3 mill., la gauche a son diamètre normal. Le contour des deux pupilles est irrégulier. L'iris du côté droit est très-peu mobile.

Avec l'œil gauche, le malade lit facilement le n° 2; à l'aide de l'œil droit, il n'arrive qu'à lire avec peine le n° 30. Le malade nous affirme qu'il n'y a que peu de temps qu'il s'est aperçu de cet affaiblissement de la vue du côté droit. Le fait remonterait à quelques mois.

La convexité des yeux est normale.

Les sourcils recouvrent toute l'arcade.

OBSERVATION LXXXVI. — Florentin (femme Stevenel).

44 janv. 1873. — Démence avec paralysie générale; inégalité pupillaire.

40 nov. — Pupille gauche un peu plus large.

40 déc. — Les deux pupilles ont sensiblement leur dimension normale, la gauche est un peu plus large. Leur contour est irrégulier. L'iris est à peu près immobile des deux côtés.

La vue est considérablement affaiblie. La malade ne lit plus que le n° 40 avec l'œil droit et le n° 50 avec l'œil gauche. Au moment de son entrée à l'asile la malade n'avait remarqué

aucun trouble du côté des yeux, puisqu'elle avait cessé seulement depuis peu de temps son métier de piqueuse de bottines qui doit exiger une bonne vue. Cet affaiblissement de la vue remonterait à quelques mois.

Les yeux ont une convexité normale.

Les sourcils recouvrent toute l'arcade.

OBSERVATION LXXXVII. — Aveline (femme Bagneux).

8 sept. 1872. — Démence, hésitation de la parole, prédominance d'idées hypochondriaques.

Mars 1873. — Démence avec paralysie générale.

18 nov. — Pupille droite un peu plus large.

9 déc. — La pupille droite mesure environ 3 mill.; elle est irrégulière, a ses dimensions normales. L'iris est complètement immobile.

La vision est complètement abolie du côté gauche. Mais la malade est aphasique, et nous ne pouvons obtenir de renseignements précis sur l'origine du mal; cependant nous croyons comprendre que cette perte de la vue remonterait à deux ans environ et qu'elle serait survenue à la suite d'une maladie grave pour laquelle elle aurait été soignée dans un hôpital.

La convexité oculaire est normale.

Les sourcils ne recouvrent pas le quart interne de l'arcade.

OBSERVATION LXXXVIII. — Granier (Jean).

11 avril 1873. — Délire alcoolique; désordre dans les idées, les actions, idées de persécution.

5 juin. — Un peu d'obtusion récente de la vue.

28 juin. — Strabisme externe de l'œil gauche. Légère blépharoptose des deux côtés.

Juillet. — Démence paralytique.

13 nov. Pupilles dilatées. Ambliopie très-prononcée.

10 déc. Les deux pupilles mesurant près de six mill. sont sensiblement égales. Leur circonférence est très-irrégulière, polygonale. L'iris est complètement immobile.

Le malade y voit assez pour se conduire. Il a la notion du jour et de la nuit; mais devant les plus gros numéros de l'échelle typographique, il ne peut distinguer que les noirs des blancs sans pouvoir reconnaître la forme des lettres. Une instillation d'éserine rétrécit ses pupilles, mais ne modifie pas l'acuité de sa vision.

Granier nous raconte qu'à son entrée à l'asile sa vue était

intacte. C'est au commencement de juin, alors que ses paupières s'abaissèrent, qu'il s'aperçut que sa vue devenait faible et qu'il ne pouvait plus lire. Depuis cette époque le prolapsus des paupières a disparu à peu près complètement, mais l'affaiblissement de la vue a toujours été en progressant.

La convexité du globe oculaire est normale.

Les sourcils recouvrent toute l'arcade.

OBSERVATION LXXXIX. — Bernier (Claude).

9 mai 1873. — Démence avec paralysie générale, hésitation de la parole, amaurose, faiblesse musculaire.

9 déc. — Les deux pupilles très-dilatées mesurent près de 6 mill. Leur contour est très-irrégulier. L'iris est complètement immobile.

La vue est abolie des deux côtés. Le malade n'a plus la notion de la lumière. Il ne voit pas une bougie allumée placée devant ses yeux.

Il y a deux ans environ que Bernier remarqua que sa vue s'affaiblissait du côté droit. Cet affaiblissement a progressé peu à peu, et dans l'espace de quelques mois, la vue a fini par s'éteindre complètement. Au commencement de cette année les mêmes symptômes se sont manifestés dans l'œil gauche resté sain, et dans le courant de mars, le malade a dû interrompre son emploi de comptable, qu'il avait pu conserver jusqu'à ce moment.

Les yeux sont un peu saillants.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

OBSERVATION XC. — Mélet (André).

25 juin 1872. — Excitation maniaque, délire ambitieux, riche à millions; il prétend avoir une excellente vue, quoiqu'amaurotique.

Le début du mal remonterait à 1870. A cette époque, le malade, à la suite de plusieurs nuits passées au plateau d'Avron, aurait commencé à s'apercevoir que sa vue s'affaiblissait. Il voyait les objets comme à travers un brouillard; puis il ne distingua plus que le jour, et dans l'espace de trois mois il devint complètement aveugle. Il entra successivement à la Charité et à l'Hôtel-Dieu; il consulta plusieurs oculistes, mais personne ne lui porta remède.

Aujourd'hui le malade est dans le même état. Les pupilles ne présentent pas une dilatation considérable; elles mesurent

environ 3 mill., mais elles sont complètement immobiles. Mélet ne voit pas à se conduire, il ne voit pas une bougie qu'on place devant ses yeux.

La convexité du globe oculaire est normale.

Les sourcils s'étendent jusqu'à la racine du nez.

OBSERVATION XCI. — Muler (Jacques).

28 juin 1873. — Délire ambitieux, incohérence, amaurotique, marche difficile, parole tremblante, paralysie générale.

10 déc. — Les deux pupilles sont très-dilatées, mesurant, la gauche 5 mill., la droite environ 4 mill. Leur contour est irrégulier; leur immobilité complète.

La vue est complètement éteinte des deux côtés. Le malade ne voit plus à se conduire; il ne distingue plus le jour de la nuit; il ne voit pas la flamme d'une bougie.

On ne peut obtenir du malade, qui est dans un état de démence complète, d'autre renseignement que celui qu'il serait aveugle depuis 1864. C'est du reste la date notée sur son observation, au moment de son entrée.

Les yeux ont une convexité normale.

Les sourcils, longs et frisés, recouvrent toute l'arcade.

OBSERVATION XCII. — Godefert (veuve Blanchet).

29 janv. 1873. — Démence avec paralysie générale, mobilité affaiblie, embarras de la parole, idées de grandeur, pupilles inégales.

27 juin. — Pupille gauche plus large, blépharophtose, paralysie incomplète de la troisième paire.

13 nov. — Prolapsus incomplet de la paupière supérieure gauche. La pupille gauche est un peu déviée en bas et en dehors, très-dilatée, mesurant près de 5 mill., irrégulière. L'iris est complètement immobile. La pupille du côté droit ne présente rien d'anormal.

La vue est affaiblie des deux côtés, mais surtout du côté gauche. Avec l'œil droit la malade lit le n° 5, avec l'œil gauche elle ne peut lire que le n° 30.

Les yeux ont une convexité normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

OBSERVATION XCIII. — Piéplu (Adèle).

Déc. 1873. — Affaiblissement intellectuel, perte de la mémoire, apathie, indifférence; incapable de se diriger; pupilles inégales; craintes de paralysie générale.

Peu de temps après son entrée à l'asile, on remarque que la malade ne prend plus soin de sa personne; elle devient gâteuse, incapable de se livrer à tout travail; elle présente des troubles de la mobilité, du tremblement. Depuis quelque temps son état s'est un peu amélioré, elle est redevenue propre; mais la parole est un peu embarrassée, la démarche gênée.

Au moment de l'admission de la malade, la pupille droite était très-dilatée. Dans le courant de novembre la paupière supérieure s'est abaissée sur le globe oculaire, la pupille s'est portée dans l'abduction en bas.

11 déc. — L'état est le même. On constate du côté droit tous les signes d'une paralysie complète de la troisième paire. Prolapsus de la paupière supérieure, déviation de la pupille en bas et en dehors, impossibilité des mouvements de rotation du globe oculaire, dilatation exagérée de la pupille, affaiblissement considérable de la vision. Du côté gauche, la pupille mesure environ 4 mill. 1/2; elle est très-irrégulière, presque triangulaire, plus rapprochée du bord interne de l'iris qui est peu mobile.

Avec l'œil gauche, la malade lit le n° 4; avec l'œil droit, elle ne peut lire que le n° 50. Une instillation d'éserine rétablit la vue égale des deux côtés.

Les yeux ont une convexité normale.

Les sourcils occupent toute l'arcade.

Nous trouvons là une série de malades atteints d'un affaiblissement assez considérable de la vue; puisque les mieux partagés ne peuvent plus lire que le n° 30 de l'échelle typographique, c'est-à-dire des lettres de près d'un centimètre de hauteur, tandis que les autres sont complètement aveugles. Ce chiffre nous semble plus élevé que celui qui paraît indiqué par les auteurs. Cette différence tient sans doute à ce que nous avons recherché ces troubles de la vision d'une manière spéciale et que nous n'avons pas attendu que les malades viennent eux-mêmes nous les faire connaître, ce dont plusieurs se seraient abstenus avec soin. A ce genre, appartiennent les malades des observations 85 et 86, dont l'affaiblissement de la vue n'avait jamais été noté. Le premier nous a même affirmé depuis, que sa vue était main-

tenant beaucoup meilleure et qu'il voyait aussi clair des deux yeux, ce qui était faux.

Le sujet de l'observation 88 est très-intéressant. Bernier était un alcoolique et, comme tel, prédisposé à la paralysie générale; mais à son entrée on ne constate pas de troubles de la mobilité. Dans le courant de juin, les premiers symptômes apparaissent: ce sont des troubles paralytiques du côté de la rétine et des nerfs moteurs de l'œil. Les autres fonctions ne tardent pas à être envahies, puisque dès le mois de juillet, nous trouvons consigné le diagnostic de démence paralytique. Chez ce malade, les désordres visuels ont donc marché de pair avec les autres accidents de la paralysie générale.

Chez les malades des observations 89, 90, 91, l'amaurose a précédé pendant un temps même très-long les autres symptômes de la maladie générale. C'est à ces genres de paralysies que M. Foville a donné le nom de « paralysies générales par propagation. »

Enfin les malades des deux dernières observations présentent un symptôme assez rare dans le cours de la paralysie générale, la paralysie de la troisième paire. Mais chez toutes deux, elle s'est développée dans le cours de la maladie.

Médecine légale.

AFFAIRE HACQUIN

HOMICIDE VOLONTAIRE. — DIPSOMANIE. — ORDONNANCE
DE NON LIEU.

Par le Dr DAUBY

Directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Saint-Alban.

Je soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Paris, commis par ordonnance de M. le Juge d'instruction près le tribunal de Bar-le-Duc, à l'effet d'examiner l'état mental d'Émile Hacquin, inculpé d'homicide volontaire, et de déclarer si le 2 mars 1870 il avait ou n'avait pas conscience de l'acte qu'il a commis, en portant à son fils Hippolyte, âgé de 32 ans, le coup de couteau qui lui a donné la mort;

Après avoir prêté le serment prescrit par la loi, pris connaissance des pièces de la procédure, qui m'ont été communiquées, et soumis l'accusé à une observation directe et prolongée, ai consigné dans le présent rapport le résultat de mon examen.

Fait.

Le 2 mars 1870, le village de Rembercourt-aux-Pots (Meuse) était en émoi. Émile Hacquin, aubergiste, âgé de 59 ans, bien connu dans la localité par ses habitudes d'intempérance et ses emportements contre les divers membres de sa famille, particulièrement contre son fils Hippolyte, ancien militaire, âgé de 32 ans, venait de frapper ce dernier d'un coup de couteau. Hippolyte, se sentant mortellement blessé, quittait aussitôt la maison paternelle pour

réclamer les soins d'un voisin, et n'y rentrait que pour expirer trois jours après le coup fatal.

Emile Hacquin, après avoir avoué le fait, commis d'ailleurs en présence de sa femme et de sa fille, fut aussitôt arrêté. Mais, pendant l'instruction, des doutes s'étant élevés sur l'intégrité de ses facultés intellectuelles, il nous fut adressé pour avoir à l'examiner et à nous prononcer sur son état mental, dès que nous jugerions nos observations concluantes.

Antécédents et commémoratifs.

Les antécédents, les habitudes de l'inculpé et les transformations inhérentes à son caractère et à son individu dans les diverses phases de son existence, étant d'une très-grande importance pour la recherche de la vérité, nous puiserons, pour les tracer avec justesse, non-seulement dans les renseignements qu'il nous a été donné de recueillir, mais encore et surtout dans le volumineux dossier qui a été mis à notre disposition. Toutefois, ne pouvant rappeler les dépositions nombreuses et très-souvent semblables qu'il renferme, nous bornerons à en indiquer, quelle que soit leur signification, les parties saillantes qui seront de nature à nous éclairer. Nous ajouterons à ces premières données le résultat de notre examen direct pour nous livrer, en dernier lieu, à une discussion impartiale de laquelle découleront naturellement des conclusions conformes à notre conscience.

Emile Hacquin ne compte pas d'aliénés dans sa famille ; rien du moins n'a pu révéler chez lui la moindre source héréditaire. Son père, honnête aubergiste de Rembercourt-aux-Pots, d'une conduite irréprochable et honoré de tous, était cependant buveur, mais d'une volonté assez ferme pour résister aux entraînements de sa passion, et se montrer facile dans ses relations, quoique d'un caractère emporté et quelque peu *lunatique*.

Un frère de l'inculpé passe pour très-bizarre ; mais son originalité ne va pas jusqu'à l'entraîner en dehors de la sphère sociale.

Emile Hacquin succéda à son père dans l'auberge de Rembercourt et, jusqu'à un âge assez avancé, se comporta en homme sérieux, montra de l'aptitude pour son commerce, augmenta son patrimoine, acquit la sympathie de tous et remplit dignement les fonctions de conseiller municipal. Il buvait cependant volontiers et, comme son père, était d'un caractère vif et emporté. Mais, depuis vingt ans environ, disent les divers membres de sa famille, sa passion pour les boissons alcooliques n'a cessé de prendre des proportions graves. Déjà, à cette époque, l'inculpé commençait à se montrer querelleur, maussade et injuste envers les siens, quoiqu'il restât cependant assez maître de lui pour dissimuler au dehors ses habitudes et ses emportements.

Telle était la situation de l'inculpé, lorsqu'il y a environ quinze ans il eut à subir une épreuve morale qui, comme l'attestent plusieurs témoins, précipita sa chute et, en portant atteinte aux derniers efforts d'une volonté déjà chancelante, le livra sans défense aux entraînements de sa malheureuse passion.

Hacquin était grand chasseur. Un jour, après avoir dressé une braquerie à loups dans son jardin, il blessa grièvement un homme qui s'y était furtivement introduit. L'impression qu'il en ressentit fut des plus vives ; il s'empressa de le recueillir chez lui et de lui prodiguer les soins nécessaires jusqu'à son entière guérison. Dès ce moment, il se livra sans réserve à la boisson et donna publiquement le spectacle de l'ivrognerie et aussi, d'après quelques témoins, des signes de troubles intellectuels.

« Je connaissais, dit Paulin Furier dans sa déposition, assez intimement Hippolyte Hacquin ; nous chassions ensemble quelque fois. Il m'a dit plusieurs fois que son père,

par son inconduite et par son état mental, nuisait singulièrement à son avenir.

» Son père, depuis une blessure survenue à un ramasseur d'os par l'effet d'un coup de fusil, avait eu sur les bras cet étranger et sa famille. Il était alors devenu sédentaire et il avait pris l'habitude de la boisson, à partir de ce moment, il y a au moins douze ans; son moral s'en est ressenti, mais je ne puis dire si les actes déraisonnables qu'il a pu commettre étaient les suites de l'ivresse ou d'un dérangement de l'esprit etc., etc. »

« J'ai eu occasion, dit le docteur Bardou, de connaître Emile Hacquin par des visites quotidiennes faites à lui et surtout à sa fille, du 10 septembre au 25 octobre dernier; il était réduit à l'immobilité par l'effet d'une affection rhumatismale et d'une fausse fluxion de poitrine. J'ai trouvé en lui un moral affaibli par un long usage des boissons alcooliques. Ces boissons lui ont été interdites, et cependant, durant cette période de sa maladie et de cette abstinence, je lui ai trouvé parfois de l'aberration mentale. Voici la nature de ces aberrations: alors qu'il était entouré des soins les plus prévenants et les plus affectueux de la part de sa famille, il s'emportait hors de raison contre ces mêmes personnes en ma présence, les qualifiait de gredins, de canailles et autres injures; c'était comme des lubies qui lui passaient par la tête, c'était des emportements de colère que je ne m'explique pas vis-à-vis des membres de sa famille. Il parlait peu à son fils et j'incline à penser qu'il le détestait plus que les autres.

« Dans mes visites, j'ai trouvé le fils Hacquin d'une convenance parfaite de sentiments et de conduite; il s'intéressait avec sollicitude à la santé de son père et il l'entourait de soins très-prévenants. Il avait voulu un jour m'adjoindre un autre médecin pour plus de garantie de bons soins auprès de son père.

« Depuis ce temps, à quelques reprises différentes, je suis

rentré chez Hacquin. Je l'ai vu sous l'influence de la boisson; je lui ai fait l'observation qu'il se ménageait trop peu; c'était toujours un état de sottises comme auparavant, mais augmenté par l'ivresse. »

Le caractère d'Hacquin, ses excès, ses colères contre les divers membres de sa famille, et ses tracasseries envers les clients faisaient, pour me servir de l'expression d'un témoin, un véritable enfer de sa maison. Le fils surtout était l'objet de ses colères; aussi, sous le prétexte qu'il avait à se plaindre de lui et qu'il ne pouvait pas suffire aux frais de son remplacement, l'obligea-t-il à s'engager. Mais le départ du fils n'empêcha pas le père de subir l'entraînement fatal de sa passion et de continuer à exercer ses colères contre ses autres enfants. C'est surtout à cette époque que nous le voyons se livrer à toutes sortes d'excentricités sur la nature desquelles nous aurons à nous expliquer, n'ayant pour le moment qu'à les affirmer par les diverses dépositions qui les constatent. Nous nous bornerons à signaler celle d'Adolphe Papseyne qui, entre toutes, nous paraît d'une importance très-grande :

« Je suis voisin d'Emile Hacquin depuis une quinzaine d'années. J'ai eu lieu de croire qu'il y avait chez lui dérangement d'esprit; il se livrait à la boisson, il est vrai; mais malgré son habitude, il y avait chez lui un certain temps d'exaltation suivi d'un autre temps de calme. Pendant quinze jours, parfois son agitation durait presque jour et nuit; il n'avait point de repos et tous ses actes particuliers étaient déraisonnables; il était d'une contrariété insupportable, s'en prenait à sa famille, à ses chiens, à ses voisins; il jouait de l'accordéon pendant des jours et des nuits. Une fois il jouait dans une corne de chasse, de manière à ennuyer tout le voisinage; d'autrefois nous nous relevions au bruit qu'il faisait chez lui, de manière à faire croire au feu; une autre fois il arrachait des orties sur le cimetière par une pluie battante; une autre fois chez moi il singeait

tous mes gestes, faisait du bruit avec le volet ou avec un maillet et il se vantait de faire plus d'ouvrage que moi ; un jour encore il jeta sa casquette à terre chez moi et aussitôt il me demanda où était sa casquette. Je la lui montrai, il voulut me la faire ramasser et y employa des menaces ; je consentis à la reprendre et à la lui remettre, à cause de mon désir de le calmer. Il n'eut pas plutôt sa coiffure entre les mains qu'il m'en porta un coup dans le visage, de manière à me contusionner la figure.

« Après un certain temps de cette agitation, il était ordinairement malade ; pendant quelques jours il se trouvait dans un état de prostration et le calme semblait lui revenir. Enfin, l'ivresse ne me semble pas pouvoir expliquer les divers états dans lesquels on le voyait passer tour à tour. Je ne puis dire que ces périodes de calme et d'agitation étaient régulières ; elles étaient tantôt plus longues et tantôt plus prolongées.

» Il y a quelques mois, après une maladie assez sérieuse, Hacquin avait été privé de boisson et de la pipe ; son esprit semblait plus calme, mais il était toujours, selon moi, un peu dérangé ; on ne voyait pas de suite dans ses paroles.

» J'ai toujours vu le fils Hacquin dans une attitude respectueuse envers son père, mais le père l'avait pris en grippe et je ne sais quelle haine il avait contre lui ; il la montrait à chaque instant, en lui adressant des injures et du mépris.

» En dernier lieu, son frère ayant vendu son bien pour une rente viagère, Emile Hacquin s'en montra singulièrement affecté ; il en paraissait plus agité.

Mme Hacquin supportait péniblement l'existence difficile qui lui était faite par son mari ; aussi songea-t-elle plusieurs fois à l'envoyer à Fains, pour éviter un malheur que ses menaces et ses colères lui faisaient sans cesse redouter ; mais elle recula devant une malheureuse question

d'amour-propre, et, pour éviter la ruine de sa maison, songea à rappeler son fils Hippolyte.

Le retour du fils ne fit qu'exaspérer l'inculpé qui, toujours en proie à sa crapuleuse passion, ne vit dans la rentrée de son enfant qu'un obstacle à ses débordements, et, dès lors, il ne cessa de l'accabler d'injures, de menaces, et d'entraver ses efforts tendant à rétablir une fortune compromise pendant son absence.

Cependant, la quantité de liquide absorbée par Emile Hacquin et qui, de son propre aveu, d'après la déclaration de sa famille et celle des personnes qui le fréquentaient, s'élevait par jour à trois ou quatre litres de vin, un demi litre d'eau-de-vie et parfois de l'absinthe, ne tarda pas à se manifester par des troubles organiques et des symptômes nerveux qui, plusieurs fois, nécessitèrent l'intervention du médecin.

Hippolyte supportait avec patience et résignation les colères et les menaces de son père. Malgré son caractère doux et bienveillant, il ne pouvait se défendre d'un découragement qu'il manifestait souvent; mais, comme le constatent tous les témoins qui sont unanimes à faire son éloge, il n'intervenait contre son père, quoique ce dernier l'accusât de le frapper et souvent de vouloir le tuer, que pour apporter une limite à ses débordements et le réduire à l'inaction lorsqu'il devenait trop menaçant ou apportait une trop grande perturbation dans la maison.

Emile Hacquin n'était cependant pas toujours aussi surexcité; il résulte clairement de diverses dépositions et surtout des renseignements fournis par sa femme et sa fille qu'il offrait, dans ses abus alcooliques et dans ses exaltations, de véritables paroxysmes auxquels succédait un calme relatif qu'on prenait souvent pour un retour heureux à des habitudes plus modestes et à des sentiments meilleurs. Cette sorte d'intermittence dans les accès, qu'il est très-important de signaler, puisqu'elle est un des caractères de la dipsoma-

nie, est surtout indiquée par le témoin Victoire Colson, qui s'exprime ainsi :

« J'habite la maison voisine, en face d'Emile Hacquin; depuis de longues années, cet homme fait des abus de boissons et de tabac, qui paraissaient avoir amené une sorte d'abrutissement. Parfois on le voyait dans un état d'agitation continuelle; ses actes étaient insensés; il passait alors pour être fou, et l'on disait : Hacquin est dans sa mauvaise lune. Au bout d'un certain temps, il paraissait malade et dans un état d'affaissement; une sorte de calme succédait, puis à la nouvelle lune les voisins disaient : ça va le reprendre, et l'on plaignait considérablement sa femme et ses enfants, tellement ils avaient à souffrir de ses extravagances. Il paraissait avoir de la haine contre son fils, je ne sais pour quel motif; jamais je n'ai vu ce jeune homme manquer de respect à son père. »

L'inculpé était dans un de ces moments de paroxysme lorsqu'il frappa son fils. Depuis quelque temps déjà, sa surexcitation ne connaissait plus de bornes et sa colère s'exhalait surtout contre son frère, qui, sans considération pour les divers membres de sa famille, venait de placer sa fortune à fonds perdu. Le sommeil, devenu très-rare, ne pouvait même interrompre cette exaltation, qui continuait à se manifester par des menaces contre son frère absent. Pendant la journée, il buvait avec un entraînement délirant et jamais il ne s'était montré plus ennuyeux et plus querelleur avec les siens.

La veille, Mme Hacquin avait réuni plusieurs parents chez elle; mais la fête de famille ne tarda pas à être interrompue par les extravagances et l'exaltation du mari, qui, comme d'habitude, dut être enfermé dans une salle voisine.

Tel était, jusqu'au jour fatal, l'état mental de l'inculpé. Ce jour, dès son lever, il s'était installé dans la cuisine en face d'une table, assis sur une chaise que l'état de faiblesse

des membres inférieurs ne lui permettait pas de quitter facilement, ne cessant de vider son verre et de maltraiter indistinctement les personnes qui l'abordaient. Mais ce n'était là que le prélude d'un orage plus violent : en apercevant son fils qui venait d'entrer, sa colère ne connut plus de bornes, et il lui adressa les plus violentes apostrophes, à propos d'un colombier contre la construction duquel il s'élevait déjà depuis plusieurs jours. C'est à ce moment qu'Hippolyte, s'étant approché de son père pour l'arrêter dans ses débordements et lui reprocher sa conduite, se sentit si violemment frappé qu'il eut à peine la force de sortir pour se réfugier chez Lapique, son voisin. Nous empruntons à la déposition de Nicolas Martin, percepteur, la suite de ce malheureux drame.

Ce témoin, après avoir déclaré que l'inculpé ne jouissait pas de son sens moral, que son caractère doux et bienveillant avait entièrement changé depuis quinze ans, époque à laquelle il a commencé à boire avec excès, et après avoir constaté l'existence d'accès parfaitement caractérisés, continue ainsi :

« J'ai aidé à ramener le malheureux Hippolyte de chez Adolphe Lapique, où il s'est affaissé, jusque chez moi ; j'ai assisté aux premiers soins qui lui ont été donnés. Il a pu parler encore et il m'a dit à plusieurs reprises : Demandez donc à mon père ce que je lui ai fait pour qu'il m'ait porté un pareil coup ; et il a ajouté qu'il voudrait bien voir son père, mais il ne l'a plus revu. Le mal a été en empirant et le malheureux est mort après le quatrième jour de sa blessure. Je crois que dans ce dernier coup, le père Hacquin a agi je ne sais comment ; mais pas comme un homme qui était en pleine possession de ses facultés. »

Mme Hacquin, mère de la victime, était dans la cuisine et prétend n'avoir pas vu frapper son fils, tant le mouvement avait été prompt. Une tante se trouvait également dans une pièce voisine dont la porte ouverte donnait dans la cuisine.

Il résulte encore de l'aveu de la fille Hacquin, que le couteau qui a servi à frapper la victime était très-effilé, avait servi dans la journée à certains travaux de ménage et se trouvait à portée de l'inculpé, sur une table où il avait été déposé par elle-même.

Il ressort, enfin, de l'interrogatoire subi par la victime qui, déjà en proie aux étreintes de l'agonie, ne put répondre que par signes, que son père avait pour le frapper tiré le couteau de dessous sa blouse. L'inculpé, au contraire, a déclaré et persisté à dire qu'il n'avait nullement prémédité de tuer son fils; mais qu'étant sous l'impression de la terreur qu'il lui inspirait, et sous l'empire d'une violente colère, il avait instinctivement et pour se défendre pris un couteau qui se trouvait malheureusement sous sa main.

Après l'événement, l'inculpé, nullement affecté de l'acte qu'il venait de commettre et dont il ne se défendit pas un seul instant, fit preuve d'une grande indifférence que nous laissons au témoin Vichier le soin de caractériser :

« Je suis domicilié à Rembercourt depuis un peu plus de deux ans; je me suis lié d'une certaine intimité avec Hippolyte Hacquin. En trois circonstances différentes, je me suis trouvé en situation d'apprécier l'état mental du père.

» Je le vis d'abord, vers le mois de mai 1869, causer avec son chien et il paraissait croire que son chien obéissait à ses injonctions; il lui commandait différentes choses, d'aller à droite, d'aller à gauche, de se rendre au jardin, et cependant le chien ne faisait nulle attention à ses commandements. Puis M. le curé se trouvant à passer, il l'interpella sans raison sur la façon d'enflammer des allumettes.

» Une autre fois, j'étais à un repas chez Emile Hacquin; pendant tout le temps il ne cessa d'ennuyer les convives, d'interrompre la conversation. A propos de musique, il fit le simulacre de jouer de l'accordéon; il tenait les propos les plus déplacés, et sa femme, avec une patience extraordi-

naire, s'efforçait de l'empêcher dans ses actes insensés. » En dernier lieu, le jour de son crime, étant en état d'arrestation dans la salle d'école, il montra une insensibilité que je n'attribuerai qu'à un complet abrutissement; avec une insouciance puérile, il prit la craie et fit le simulacre de poser les chiffres d'une multiplication. Je lui entendis faire les calculs à haute voix; je ne pus retenir les reproches, auxquels il resta complètement insensible. Il ne s'émut en rien quand je l'appelai Tropmann, ivrogne; je lui reprochai de fumer pour boire et de boire pour fumer; il ajoutait à ma qualification d'une manière impassible; seulement il disait de temps en temps, en parlant de son fils : C'est de sa faute.

» Dans ces trois circonstances, ou du moins dans les deux dernières, Emile Hacquin ne me paraissait pas sous l'empire d'une ivresse récente; il agissait avec toute la liberté de ses mouvements. Cette sorte d'aliénation mentale passe dans le public et à mes yeux pour une sorte d'abrutissement invétéré par la boisson. »

Examen direct.

A son arrivée à l'asile, Emile Hacquin se présente à nous dans l'attitude d'un homme profondément abruti par l'abus prolongé des boissons alcooliques. Son corps, plié en deux, se soutient difficilement sur les jambes, qui paraissent ne pouvoir en supporter le poids, et ce n'est qu'avec peine et appuyé sur sa canne que, sur notre demande, il parvient à faire quelques pas. La physionomie est impassible, la voix rauque; pas la moindre animation dans les traits. La face est rouge et congestionnée, l'œil éteint et les pupilles contractées; la peau présente une éruption érythémateuse généralisée.

La décadence intellectuelle est des plus accusées; les idées sont obtuses et l'expression d'une lenteur qui dénote une conception difficile et paresseuse.

La sensibilité morale est également émoussée et il faut le stimuler vivement, pour retrouver quelques traces du sens émotif dans cette âme profondément engourdie.

Il n'est pas, enfin, jusqu'à l'organisme tout entier qui ne participe de cet état d'engourdissement. Assis sur sa chaise, Hacquin passe sa journée dans un état d'immobilité absolue, sans manifester le moindre besoin d'activité. Il paraît à peine s'inquiéter de sa nouvelle situation et reste indifférent à tout ce qui se passe autour de lui.

Nous nous bornerons à reproduire quelques-unes des questions les plus importantes qu'à plusieurs reprises nous lui avons adressées, pour nous éclairer sur les divers points de l'expertise.

D. Hacquin, pourquoi êtes-vous ici ?

R. Je ne sais pas ; on m'a amené sans me dire où j'allais.

D. Vous devez bien vous douter de la gravité de votre situation.

D. Je sais bien qu'il y a eu une affaire chez moi.

R. Comment, une affaire ! mais vous ne vous rappelez donc pas ce qui s'est passé ? vous ne savez pas que vous avez frappé votre fils d'un coup de couteau ?

R. Je n'ai fait que me défendre ; je ne voulais pas lui faire du mal, mais il venait pour me frapper.

D. Il est cependant de notoriété publique que votre fils était un très-honnête garçon et qu'il ne vous frappait jamais.

R. Pardon, on ne le voyait pas toujours. Je sais bien qu'il voulait me tuer ; depuis longtemps il me menaçait, il me traitait mal.

D. Lorsque votre fils, fatigué de vos grossièretés et de la discussion violente que vous veniez d'engager, s'est approché de vous, qu'avez-vous éprouvé et à quelle impulsion avez-vous obéi en le frappant ?

R. Je ne me rappelle pas bien ; ça été si prompt ! Quand je l'ai vu, j'ai pensé qu'il venait pour m'assommer. J'ai eu

une grande frayeur, j'ai pris tout de suite le couteau qui était à côté de moi et que lui-même, je crois, venait de déposer sur la table ; ensuite, poussé aussi par la colère, j'ai fait comme ça (l'inculpé allonge le bras dans l'attitude d'un homme qui se met sur la défensive en présentant la pointe du couteau à son adversaire), je ne sais pas si c'est moi qui ai poussé ou si en se jetant sur moi il s'est lui-même blessé.

D. Avez-vous quitté la chaise pour le frapper ?

R. Non, monsieur, je n'ai pas bougé ; il a fallu qu'il se jette sur moi.

D. Mais vous aviez l'intention de frapper votre fils, puisque vous teniez le couteau dans la main et sous la blouse ?

R. Je n'ai pas bougé de ma chaise ; le couteau était à côté de moi, je ne l'y avais pas mis ; je ne l'ai pris que lorsque j'ai vu mon fils venir pour m'assommer.

D. Votre femme était là ; elle prétend qu'il ne vous a pas touché.

R. Non, pas à ce moment ; mais un moment avant il venait de me brutaliser, il avait même renversé ma casquette près du feu ; ma femme ne peut pas dire le contraire, elle sait bien qu'il me frappait souvent, qu'il me maltraitait et voulait me tuer.

D. Connaissez-vous le résultat du coup que vous lui avez porté ?

R. Je ne sais pas.

D. Mais votre fils est mort, vous l'avez tué !

R. Ce n'est pas possible ! je ne le croyais pas.... S'il n'était pas venu se jeter sur moi..... Je n'ai fait que me défendre.

Hacquin, resté jusqu'ici impassible commence à s'animer ; nos questions le fatiguent, sa parole devient moins embarrassée, plus brève ; il a des mouvements d'impatience, mais pas la moindre trace d'émotion.

D. Comment, je vous apprends que votre fils est mort !

que vous l'avez tué ! et vous n'éprouvez pas la moindre émotion ! votre œil reste sec, aucun soupir ne s'échappe de votre poitrine ; on dirait à vous voir un criminel cynique et endurci !

R. Pardon, monsieur, j'ai bien du regret; j'ai parfois bien du chagrin ; mon Dieu, quel malheur !

En prononçant ces dernières paroles, Hacquin lève seulement un bras en signe de désespoir et se livre à quelques manifestations qui paraissent singulières, tant elles sont en désaccord avec le calme de ses sentiments.

Deux mois après, Hacquin est toujours dans la même situation mentale et physique ; son attitude révèle la même insensibilité, ses réponses ne varient pas, il reste indifférent à tout et paraît satisfait de tout. L'infirmier à l'observation duquel il est soumis d'une façon spéciale, nous apprend que le sommeil est souvent troublé, qu'il passe des nuits entières sans dormir, qu'il s'anime alors parfois et parle seul.

Nous questionnons Hacquin de nouveau pour lui demander la raison de ses insomnies et il nous dit qu'il a souvent des rêves et des cauchemars. Malgré tous nos efforts, nous ne pouvons acquérir la preuve qu'il existe ou qu'il a existé des hallucinations ou des idées terrifiantes.

Nous remarquons que les jambes sont d'une maigreur extrême, les muscles atrophiés, mous et flasques. Elles ont conservé la faculté de se mouvoir, mais elles sont d'une faiblesse extrême et ne peuvent soutenir le poids du corps. Les membres supérieurs ne présentent rien de particulier.

Il a éprouvé, nous dit-il, autrefois comme des crampes et des secousses dans les bras. Quant à la faiblesse des jambes, elle existe depuis plusieurs années et a eu une marche progressive.

Sa vue s'est sensiblement affaiblie, les pupilles sont, comme nous l'avons dit, contractées. Après les avoir dilatées

par une solution d'atropine, nous examinons à l'ophthalmoscope l'œil qui ne nous offre rien d'anormal ; tout porte à croire que nous avons affaire à une amblyopie amaurotique. L'inculpé dit que, depuis plusieurs années, il s'aperçoit que sa vue baisse, qu'il a été obligé d'user de lunettes pour y remédier et que cette faiblesse va s'exagérant de jour en jour.

Ne pouvant obtenir de l'inculpé, dont les souvenirs sont confus, certains renseignements auxquels nous ajoutons une grande importance, nous prions Mme Hacquin et sa fille, qui ont constamment vécu avec l'accusé, de venir nous renseigner.

Mme Hacquin, après avoir confirmé de tous points les détails fournis par son mari relativement à ses antécédents paralytiques et à la faiblesse de la vue, ajoute : que son mari buvait beaucoup, que depuis quinze ou seize ans son moral était perdu ; qu'à cette époque, même après le départ de son fils, il était agité, qu'il gesticulait, se fâchait contre tout le monde dans la maison, lui donnait des coups de pied la nuit et la housculait, qu'il avait des tremblements nerveux par suite de colère.

Elle prétend encore avoir remarqué, aux époques où il était le plus agité et où il buvait le plus, un tremblement des membres, qui était surtout manifeste le matin quand il se levait, et qu'il ne pouvait à ce moment porter le verre à ses lèvres sans en renverser le contenu. Elle rappelle qu'après sa dernière maladie la paralysie des jambes s'était accentuée, qu'il ne pouvait plus uriner, était devenu gâteux, que l'appétit avait disparu depuis longtemps, qu'il vomissait souvent des glaires, surtout le matin.

Elle termine en disant que son mari, depuis trois semaines avant le jour fatal, ne dormait pas et qu'il passait ses nuits à parler seul avec animation. Elle n'a jamais remarqué que son mari eût des hallucinations ou fut en proie à des idées terrifiantes.

Discussion.

Si l'ivrogne et le dipsomane offrent certains points d'une ressemblance incontestable, il n'est pas moins certain qu'il existe entre eux des différences organiques et psychiques aujourd'hui si nettement tranchées par la clinique et la science qu'il n'est plus possible de les confondre.

Cette distinction, que nous avons tenu à établir tout d'abord, est à nos yeux d'une importance très-grande, car s'il existe des opinions divergentes relativement à la responsabilité morale de l'ivrogne, qui sous l'empire de la boisson commet un acte répréhensible, juristes et médecins sont généralement d'accord pour exonérer le dipsomane de toute imputabilité criminelle.

De ces considérations résulte donc la nécessité d'examiner si l'inculpé est simplement un ivrogne ayant mis l'ivresse au service de mauvaises passions; ou si, atteint de l'affection mentale connue sous le nom de dipsomanie, il a subi l'influence d'impulsions maladives résultant de l'intoxication alcoolique.

Le soin que nous avons mis dans les chapitres précédents à réunir tous les faits capables de nous éclairer à ce sujet, rendra notre tâche facile; d'autant plus, nous pouvons le dire tout de suite, qu'ils sont très-caractéristiques et qu'il suffirait de les coordonner, en ayant soin d'interpréter les impressions parfois vagues mais vraies des témoins, pour faire l'histoire exacte et complète de la dipsomanie.

Un fait saillant consiste dans le changement qui, sous l'influence alcoolique, s'est opéré dans les habitudes et le caractère de l'individu. Cette transformation se présente ici avec des caractères spéciaux qui caractérisent le dipsomane. Tandis qu'en effet l'ivrogne de profession laisse à chaque libation son sens moral au fond du verre et lui emprunte une certaine excitation intellectuelle avec expansion de

gaieté ou de tristesse, selon qu'il a le vin gai ou triste, pour reprendre, dans l'intervalle, possession de lui-même ; le dipsomane offre une modification plus radicale qui, quoique plus accentuée pendant l'accès, n'en persiste pas moins pendant la période de rémission, au point de le rendre méconnaissable. D'ailleurs, le dipsomane obéit dans ses entraînements à une impulsion différente ; ce n'est pas seulement une satisfaction qu'il recherche et l'attrait d'un plaisir qui l'entraîne ; il subit une irrésistible tendance qui est en lui, qui constitue l'essence même de sa maladie et dans laquelle la volonté impuissante n'a plus aucune part.

C'est aussi là ce qui explique le caractère intermittent qu'il présente dans ses libations et ses manifestations délirantes.

Le fait de l'intermittence est incontestable chez Hacquin ; nous avons donné *in extenso* la déposition de Victoire Colson qui, après avoir signalé l'existence de deux périodes bien distinctes, attribue le retour de l'accès à l'influence de la lune, ajoutant que les voisins le prévoyaient à l'avance et disaient, en plaignant considérablement sa femme : *ça va le reprendre*. Nous pourrions encore citer bon nombre de témoins qui ont déposé dans le même sens, mais cela nous entraînerait trop loin.

Ajoutons enfin que l'inculpé était arrivé à une puissance d'absorption peu commune, ce qui ne l'empêchait pas de donner un libre cours à son exaltation, d'insulter, de menacer tout le monde et, avant sa paralysie, de parcourir les rues de son village une lanterne à la main, pour copier Diogène, dont il imitait si peu la sagesse, ou se livrer à toutes sortes d'extravagances plus ou moins délirantes. L'ivrogne ne saurait dans ses libations atteindre une semblable limite sans rouler sous la table et donner le spectacle de l'inertie la plus abjecte. Cette tolérance, l'alcoolisé seul la possède et, parmi tant de désavantages, est un des privilèges de l'intoxication.

Hacquin était abruti, pusillanime, irritable, querelleur ; mais ce ne sont pas là chez lui les seules manifestations de l'intoxication alcoolique ; il a fourni aussi de véritables manifestations délirantes, sous l'impression desquelles plusieurs témoins n'hésitent pas à déclarer qu'il est fou.

Quelques-uns, il est vrai, hésitent quand on leur pose la question dans ce sens ; ils sentent bien qu'Hacquin n'est pas comme un autre, qu'il y a chez lui quelque chose qui n'est pas ordinaire, même chez l'ivrogne ; mais ils ne peuvent pas affirmer qu'il est fou. C'est qu'en effet le délire du dipsomane a pour caractère d'être peu apparent ; mais s'il ne se présente pas avec ce désordre et cette mise en scène, qui seuls constituent la folie aux yeux des gens du monde, il n'en est pas moins réel et par cela même plus dangereux.

La perversion morale n'est pas moins profonde que le trouble de ses facultés intellectuelles ; aux sentiments affectifs se sont substituées la haine et la colère ; sa femme, ses enfants, qui naguère faisaient l'objet de ses seules préoccupations, sont précisément ceux qu'il déteste le plus, et lorsque, après l'acte horrible qu'il vient de commettre, on pénètre au fond de son âme, on n'y trouve qu'une sensibilité profondément émoussée qui lui donne l'apparence du cynisme le plus éhonté.

Si, après l'étude que nous venons de faire des manifestations de l'intoxication alcoolique offertes par l'état intellectuel et moral de l'inculpé, il pouvait encore rester quelques doutes dans notre esprit, ils ne sauraient résister à l'examen qui nous reste à faire des lésions organiques produites par l'agent toxique. Ces lésions, qui se présentent avec un caractère d'évidence et de certitude que la conscience aime à trouver quand elle a à se prononcer dans des questions d'une si haute importance, nous les signalons avec d'autant plus d'empressement que le médecin, à raison de la nature même des maladies mentales, a trop rare-

ment, dans ses expertises, l'occasion de les rencontrer pour l'aider dans la tâche difficile qui lui incombe.

Ces désordres pathologiques, auxquels nous faisons allusion, portent sur toutes les grandes fonctions de la vie animale et peuvent aller depuis le plus simple trouble dynamique jusqu'aux lésions et altérations organiques les plus profondes.

Nous ne ferons que rappeler les troubles des fonctions digestives qu'il nous a été donné de constater chez Hacquin. Ils consistent dans l'inappétence et la dyspepsie, dans les vomissements pituiteux, se produisant de préférence le matin et à jeun, enfin dans de véritables phénomènes de gastrite chronique qui faisaient souvent dire à l'inculpé qu'il avait *l'estomac ruiné*.

Mais ce sont surtout les lésions du système nerveux qu'il est important de signaler, à raison de leur gravité et de la connexion intime qui les relie à l'intoxication. Les phénomènes débutent, ordinairement, par les membres supérieurs et consistent dans une agitation convulsive, connue sous le nom de tremblement.

Plus tard, ils s'étendent aux membres inférieurs et suivent une marche ascendante vers le tronc et les muscles viscéraux.

Nous avons vu chez Hacquin le tremblement si prononcé dans les membres supérieurs qu'il ne pouvait, le matin, porter le verre à ses lèvres sans en renverser le contenu. Sa femme prétend qu'elle était obligée de lui donner elle-même son bouillon et qu'il se plaignait d'éprouver comme des crampes et des secousses dans les bras. La paralysie des membres inférieurs, qui a été de notre part l'objet d'un examen attentif, se présente surtout avec des caractères spéciaux, pathognomoniques de la dipsomanie : c'est une parésie plutôt qu'une paralysie vraie. Le malade a conservé la faculté de mouvoir ses jambes et peut encore faire quelques pas à l'aide d'une canne, mais la faiblesse est

extrême et les muscles très-mous sont singulièrement atrophiés; poursuivant ensuite sa marche ordinaire, l'affection a atteint les muscles du dos dont l'impuissance est si manifeste que, ne pouvant plus contre-balancer le poids du corps, celui-ci penche en avant sous un angle presque droit et donne à l'inculpé l'attitude d'un vieillard décrépité.

Les sens spéciaux, et particulièrement la vision, sont fréquemment compromis par l'agent toxique et nous savons que l'inculpé est depuis quelques mois atteint d'amblyopie amaurotique. La peau elle-même a subi les modifications de nutrition qu'il est ordinaire de rencontrer chez ces malades et qui se signalent ici par un érythème rebelle et généralisé.

Plus de doute possible : Hacquin est atteint de dipsomanie, affection mentale qui résulte de l'intoxication alcoolique et se traduit par des désordres de l'ordre moral et intellectuel et des lésions organiques variées.

Mais une dernière question, assurément la plus délicate, est la suivante : Quelle est la nature des impulsions malades auxquelles l'inculpé a obéi en frappant son fils et comment se rattachent-elles à l'affection mentale dont il est atteint?

Disons d'abord que chez le dipsomane les égarements de la raison peuvent, selon les idiosyncrasies individuelles et peut-être selon la nature des liquides absorbés, revêtir des expressions diverses.

Nous ne saurions, ce qui simplifierait notre tâche, ranger l'inculpé dans la classe des dipsomanes hallucinés et en proie à des idées terrifiantes, qui effrayent si souvent la société par la soudaineté de leurs actes et les crimes atroces qu'ils commettent; mais tout concourt : la forme des accès, la nature du délire et la façon dont il a accompli l'acte, à le ranger parmi les alcoolisés à réaction maniaque. C'est donc dans les transformations malades inhérentes à cette classe

de malades que nous devons rechercher la raison du fait.

Nous avons dit qu'Hacquin était pusillanime, haineux et colère ; que cet état était la conséquence de l'intoxication alcoolique, puisqu'il est en opposition avec sa manière d'être antérieure et qu'il caractérise le dipsomane ; nous n'y reviendrons pas. Nous nous contenterons d'ajouter que ses colères à l'endroit de son fils ne sauraient être la conséquence de la jalousie qu'il lui inspirait, mais bien de la situation malade elle-même. Nous en trouverons une nouvelle preuve dans la généralité de ses emportements. L'instruction nous a révélé que les clients fuyaient la maison pour éviter ses colères. Son beau-frère dépose qu'il tenait un jour sa fille sous ses pieds et qu'il fut obligé d'intervenir pour éviter qu'il ne lui fit un mauvais parti. Enfin, si son fils était plus souvent l'objet de sa haine et de ses emportements, cela tient à ce qu'il était, par sa situation dans la maison, obligé d'intervenir plus souvent, de lui imposer sa volonté et de substituer fréquemment son autorité à la sienne pour le maintenir et pouvoir imprimer aux affaires une meilleure direction ; mais ce n'étaient là que des causes occasionnelles.

Après avoir ainsi mis en relief la personnalité malade de l'inculpé, personnalité qu'il est important de ne pas perdre de vue, la solution que nous recherchons devient facile.

L'inculpé est depuis quelques jours dans un état d'exaltation maniaque ; il aperçoit son fils qui entre dans la cuisine, et, sous un prétexte léger, l'interpelle vivement, l'injurie et le menace. — Hippolyte, de son côté, perd patience, fait à son père de vives remontrances et lui adresse des paroles sévères. Le père craint qu'il ne vienne pour l'assommer (nous avons vu que c'était là une idée fixe avant, pendant et après le meurtre) et, aussitôt, poussé par l'instinct de la conservation, il saisit un couteau placé par tout autre à côté de lui. Lorsque en effet son fils vient à lui, sa

colère redouble et, entraîné par une impulsion soudaine, il frappe. C'est en poltron qu'il a porté le coup, à la façon du dipsomane, sans volonté, sans réflexion et sans conscience de ses actes.

Conclusions.

1° Emile Hacquin, à l'époque du crime qui lui est reproché, était atteint de dipsomanie, affection mentale causée par l'intoxication alcoolique.

2° En frappant son fils, il a obéi à une impulsion soudaine résultant de sa maladie. Il ne saurait par conséquent être considéré comme responsable de l'acte qu'il a commis.

3° Le dipsomane étant irrésistiblement porté à boire et de nouveaux excès devant rappeler les mêmes dangers, nous estimons que l'inculpé doit être maintenu dans un asile d'aliénés.

La chambre des mises en accusation, adoptant les conclusions du rapport, a rendu une ordonnance de non-lieu et l'inculpé a été interné à l'asile de Fains.

ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

L'HOSPICE PEDRO II

ET LES ALIÉNÉS AU BRÉSIL

Par **M. Ph. REY**,
Interne à l'asile Sainte-Anne.

Un récent voyage au Brésil nous a permis d'étudier l'organisation hospitalière de ce pays, et particulièrement le service des aliénés. Pendant un mois qu'a duré notre séjour à Rio de Janeiro, nous avons fait de fréquentes visites à l'asile, où l'accueil bienveillant du personnel supérieur nous a facilité cette étude. M. le docteur Goulard, médecin-directeur, a bien voulu nous tracer lui-même un plan de l'établissement, M. le secrétaire de la Santa Casa da Misericordia a très-obligamment mis à notre disposition les rapports et statistiques de plusieurs années. M. le directeur de la maison de détention nous a fait visiter en détail le quartier de cette prison, destiné aux aliénés criminels. Nous serions heureux que ces documents et nos propres observations condensés dans un rapide exposé, puissent attirer l'attention sur une institution déjà digne d'intérêt, et à laquelle l'intelligence et la sollicitude de l'administration assurent un grand développement.

C'est le 40 juillet 1841 que, grâce à la généreuse initiative de José Clémenti Pereira, parut le décret ordonnant la construction d'un asile à Rio de Janeiro. Placé sous le patronage de l'empereur Pédro II, cet asile fut ouvert en 1852.

et fut primitivement destiné à 300 malades des deux sexes.

L'hospice Pédro II est situé sur l'admirable baie de Botafogo, dans un quartier salubre, ouvert largement sur la mer et dominé par des montagnes couvertes de forêts. Il est à une distance convenable du riche faubourg de Botafogo, et de la tête de ligne des tramways qui le desservent.

Extérieurement, l'édifice se présente sous l'aspect d'une masse rectangulaire, sans divisions, ayant un rez-de-chaussée et un étage. Cette uniformité est rompue seulement par la chapelle qui proémine au milieu et à l'arrière-plan.

La façade tournée vers la baie est occupée au milieu par un perron et la porte d'entrée ; sur les côtés, par de larges fenêtres symétriquement disposées au rez-de-chaussée et au premier étage. Un jardin fermé par une longue grille en fer sépare complètement l'édifice de la route.

Pour plus de facilité dans la description, nous diviserons l'asile en trois parties : une partie centrale, comprenant l'administration, la chapelle et les services généraux ; deux parties latérales occupées par les malades.

Partie centrale. — A l'entrée est un large vestibule orné de deux statues en marbre de Pinel et d'Esquirol. A gauche, le secrétariat, pièce unique commune au médecin-directeur, à l'administrateur et au secrétaire ; un vestiaire ; deux chambres de dépôt ; un escalier conduisant au premier étage. A droite est le parloir ; au fond du vestibule un escalier central conduit à la chapelle, qui occupe un plan plus élevé ; deux portes latérales mènent à un magasin d'approvisionnement, au réfectoire de la communauté, aux cuisines et à la pharmacie. Ces différentes parties sont reliées entre elles et de chaque côté par une galerie extérieure qui les sépare d'une cour plantée.

Au premier étage se trouvent une salle de réception, un salon d'honneur, et une salle où sont exposés les divers travaux des malades.

Parties latérales. — Les deux parties latérales forment

deux ailes symétriques faisant corps avec le bâtiment central. L'aile gauche est occupé par les hommes, l'aile droite par les femmes. Au rez-de-chaussée, autour d'une cour carrée centrale, règne une galerie sur laquelle s'ouvrent : 1° du côté de la façade, six chambres particulières, à un ou deux lits, un dortoir, deux chambres particulières, une salle de réunion ; 2° du côté du bâtiment central, une infirmerie pour les affections intercurrentes, un dortoir d'incurables, une chambre de gardiens ; 3° du côté libre, huit cellules et un dortoir ; 4° les bains et les latrines forment le quatrième côté. Enfin, deux réfectoires contigus, l'un pour les pensionnaires, l'autre pour les indigents, font suite à ce quatrième côté et, le reliant aux services généraux, complètent ainsi le rectangle formé par l'ensemble des constructions. Les galeries mettent directement en communication la partie centrale avec les deux divisions latérales. Ce rez-de-chaussée est destiné aux agités, aux paralytiques, aux épileptiques et aux idiots.

Les cellules sont absolument primitives et rappellent trop les mauvais jours de l'histoire des asiles ; elles se composent d'une pièce assez spacieuse, à murs épais, fermée du côté de la galerie par une énorme grille en fer. Chaque cellule reçoit le jour par une fenêtre munie de barreaux, pratiquée sur la paroi du fond. Une seconde grille, placée un peu en avant, intercepte entre elle et la fenêtre un espace occupé par les latrines. Enfin, quelques cellules sont divisées en deux loges par une troisième grille placée transversalement. La première loge est occupée par les paralytiques gâteux, la seconde par les agités.

Les uns et les autres couchent sur des nattes qui, pour les paralytiques au moins, sont renouvelées chaque jour.

Les bains se composent : 1° d'une première salle dite des bains froids, occupée par une grande baignoire de marbre enfoncée dans le sol et par trois appareils de douche en jet, en nappe et en pluie ; 2° d'une chambre de repos ; 3° d'une

galerie occupée par quatre baignoires également en marbre et enfoncées dans le sol ; 4° d'une seconde salle destinée aux bains médicamenteux, contenant une baignoire en métal émaillé, pouvant servir aux bains de vapeur, au moyen d'un double fond mobile et à claire-voie.

La distribution de l'eau froide et de l'eau chaude se fait séparément, au moyen du système adopté dans les asiles de la Seine.

Le premier et unique étage est destiné aux malades tranquilles, quelle que soit la nature de leur affection. Les différentes parties sont également disposées sur quatre côtés. Le côté de la façade et le côté parallèle au bâtiment central présentent les mêmes divisions qu'au rez-de-chaussée. Une des chambres est occupée par la lingerie ; une autre par la bibliothèque, aux cellules correspondent des chambres particulières, au nombre de douze. Au-dessus des bains, une terrasse couverte sert de promenoir aux malades. Là, se trouvent les latrines du premier étage.

Tel est l'asile actuel qui, malheureusement, a été construit sans que l'administration ait songé à prendre conseil d'un aliéniste. Les différentes parties de l'établissement sont spacieuses et bien aérées, au moyen de larges fenêtres vitrées, dont les châssis sont en fer. Les dortoirs et les infirmeries ne renferment jamais plus de dix-huit à vingt lits, tous en fer, munis d'une paillasse, de draps, et d'une couverture de laine pendant l'hiver. Les réfectoires sont garnis de tables de marbre, et suivis d'une laverie pour chaque division ; les latrines sont à cuvette lavée par un courant d'eau intermittent. L'éclairage se fait au moyen du gaz.

L'administration a vu bientôt que cet asile était insuffisant, et que le plan en était défectueux sous bien des rapports. On travaille actuellement à de nouvelles constructions qui, adossées aux bains, formeront, pour chaque sexe, une aile ayant un rez-de-chaussée, un premier étage et une cour centrale. L'asile aura alors la forme d'un fer à cheval.

La principale modification apportée par ce nouveau plan, c'est la création d'un véritable quartier d'agités, occupant le rez-de-chaussée et se composant : 1° de deux rangées de chambres séparées par un corridor, pour les semi agités ; 2° de dix à douze cellules plus convenables que les anciennes ; celles-ci seraient supprimées, et le côté qu'elles occupent serait utilisé pour les malades malpropres. Une infirmerie, un réfectoire, une salle de réunion, des bains et des latrines compléteront les parties essentielles de ce quartier. Une cour carrée centrale sera réservée aux semi agités. Devant les cellules s'étendra un jardin, et au delà cinq ou six petits préaux destinés chacun à deux agités.

Le premier étage sera destiné aux malades tranquilles ; il comprendra des chambres particulières, dortoirs et salle de réunion. Au-dessus des cellules, une terrasse couverte serait utilisée pour leur surveillance, au moyen de judas. Ces constructions nouvelles donneront environ deux cent cinquante places pour les deux sexes, permettront l'isolement plus complet des agités et laisseront aux anciennes constructions une place qu'on pourra utiliser. Mais il est bien difficile d'accommoder à tous les besoins d'un service un établissement de ce genre, construit sur un plan défectueux ; il y aura toujours quelque défaut inhérent à son organisation première.

Un seul asile dans la capitale, si bien installé et si complet qu'il pût être, n'aurait pas suffi au Brésil, tant à cause du nombre des aliénés, qu'à cause de l'étendue de l'Empire et des difficultés des moyens de transport. Aussi des asiles provinciaux sont-ils en construction à Bahia, à Pernambouc et à Saint-Paul.

Ajoutons qu'à Rio de Janeiro, plusieurs maisons de santé reçoivent des aliénés, dans des quartiers convenablement disposés à cet effet.

Administration. — Personnel.

Il existe à Rio Janeiro une association de bienfaisance, qui administre tous les hôpitaux et hospices de la capitale. C'est la Santa Casa da Misericordia ; cette association a quelque analogie avec notre assistance publique. Ses revenus sont considérables et proviennent d'une partie des impôts sur les loteries, des pompes funèbres, d'une partie des impôts de douanes, et surtout des legs en immeubles et en capitaux faits par des personnes qui ont plus d'un titre à la reconnaissance de leurs concitoyens.

En vertu du décret de sa fondation, l'hospice Pedro II est administré par une commission de trois membres de cette association, avec un président qui est toujours le Provedor ou le président de la Société. Une partie des fonds a été spécialement affectée à son entretien.

Le personnel supérieur de l'hospice se compose d'un administrateur, de deux médecins, dont un est médecin-directeur, d'un médecin adjoint chargé d'une consultation pour les malades de l'extérieur, et de la suppléance du médecin absent, de la sœur supérieure et d'un aumônier. Le service de la pharmacie est confié à une sœur.

Il n'y a pas d'internes en médecine ; cette lacune est d'autant plus regrettable qu'aucun membre du personnel supérieur laïque ne réside dans l'hospice ; de sorte que pendant la plus grande partie de la journée et toute la nuit, la direction de l'établissement est entre les mains de la supérieure, à laquelle du reste le règlement a donné une très-large part d'autorité.

Il y a pourtant une école de médecine à Rio de Janeiro, et assurément les places d'interne avec de justes avantages, seraient recherchées par bien des jeunes gens désireux de se livrer à l'étude des maladies mentales.

Des sœurs de Saint-Vincent de Paul, au nombre de vingt,

sont réparties dans les services généraux, et sont chargées de la surveillance et de l'exécution des prescriptions médicales dans les deux divisions. Elles sont aidées par des infirmiers et des infirmières. Les infirmières sont choisies parmi de jeunes orphelines recueillies et élevées dans l'hospice. Il y a un infirmier pour vingt-cinq malades. Des services de nuit sont établis dans les deux divisions.

De l'avis des médecins, les infirmiers laisseraient beaucoup à désirer; mais leurs négligences et leurs fautes sont sévèrement punies; les mauvais traitements envers les malades entraînent l'expulsion immédiate du coupable, qui, si le cas est grave, peut être traduit devant les tribunaux. Ces mesures, qu'on ne saurait trop louer, témoignent de l'esprit d'humanité qui a présidé à l'organisation du service,

Placement et sortie des malades.

Il n'existe pas, à proprement parler, au Brésil, de loi sur les aliénés. Des statuts présentés par José Clementi Pereira, et approuvés par le gouvernement, déterminent le mode de séquestration des aliénés, leur mode de sortie, et suffisent pour prévenir les abus.

Les placements sont volontaires ou officiels. Le placement volontaire, soit à l'asile public, soit dans les maisons privées, exige une demande du père, tuteur ou curateur, frère, sœur, mari ou femme, ou maître de l'aliéné, avec leur signature légalisée par un magistrat, et le certificat d'un médecin également visé par l'autorité.

Les placements officiels se font sur un réquisitoire du président de l'orphelinat (juiz dos orphaos) ou du chef de police, soit du district de l'aliéné, soit de l'endroit où il a été arrêté.

Pour les militaires, ecclésiastiques ou religieux, ce réquisitoire émane du supérieur respectif. Toutes les demandes ou réquisitoires sont adressés au provedor qui seul peut autoriser le placement.

En cas urgent, le provedor peut ordonner l'admission de l'aliéné, sans que les formalités aient été remplies ; dans ce cas, les aliénés sont en observation pendant un temps qui ne peut excéder 15 jours. Pour tous les cas, le médecin de l'établissement doit produire un certificat d'après lequel le provedor ordonne le maintien ou la mise en liberté.

Des inspections fréquentes sont faites à l'asile par les membres de la Commission.

La sortie des aliénés n'est autorisée qu'après la guérison complète, et sur un certificat du médecin, excepté pour les pensionnaires qui peuvent être retirés, quel que soit leur état mental. La sortie, pour tout aliéné, n'a lieu qu'après que le provedor en a donné avis à l'autorité.

Comme on le voit, ces dispositions légales sont calquées sur notre loi de 1838.

Population.

Le chiffre approximatif des aliénés connus dans tout l'empire serait de 15,000 sur une population de 11,780,000 habitants.

Le nombre des places, à l'asile de Rio de Janeiro, est de 300 ; ce chiffre a été porté quelquefois au delà et jusqu'à 349 ; cette insuffisance du nombre de places et la difficulté des moyens de transport pour les aliénés éloignés de la capitale ont pour conséquence l'impossibilité, pour le plus grand nombre de malades, de recevoir des soins, dans la période aiguë de leur maladie, et de donner à l'asile une grande proportion de malades chroniques.

La population se compose d'indigents et de pensionnaires. Sont admis gratuitement : les indigents, les marins des navires marchands, les esclaves des propriétaires qui n'en possèdent qu'un seul.

Sont admis comme pensionnaires, les aliénés pouvant subvenir aux frais de leur séjour. Les soldats des armées de terre et de mer, les associés de Santa Casa da Misericórdiasans

ressources suffisantes, sont admis gratuitement dans une des classes de pensionnaires.

Il y a trois classes de pensionnaires. Le prix de la pension pour la première classe est de 5,000 reis, c'est-à-dire environ 15 francs par jour ; pour la 2^e classe, il est] de 3.000 reis ou 9 fr. ; et de 1,600 à 2,000 reis ou 5 à 6 fr. pour les malades de 3^e classe.

Les pensionnaires de 1^{re} classe et de 2^e classe occupent des chambres particulières à 1 ou 2 lits ; ils ont un réfectoire spécial ; leur régime alimentaire se compose : 1^o d'un déjeuner : pain blanc, thé ou café au lait, sucre et beurre ; 2^o du dîner : pain, soupe au pain, bœuf bouilli, riz, volaille, lard, légumes ou salade, vin, fruits et confitures ; 3^o du souper : pain, thé ou café au lait, sucre et beurre.

Les indigents et les pensionnaires de 3^e classe partagent les mêmes dortoirs et réfectoires et le même régime alimentaire, qui se compose : 1^o d'un déjeuner : pain blanc, thé ou café, lait, sucre et beurre ; 2^o du dîner : pain, soupe au pain, viande de bœuf, lard, riz et fruits ; 3^o du souper : pain, thé, café, lait, sucre et beurre. Ce régime pour les indigents et les pensionnaires varie quelquefois ; on remplace le pain, le bœuf, le riz, par la farine de mandioca, la carne secca et les feijoes, dont l'usage est très-réandu.

Le régime de l'infirmerie, prescrit [par chaque chef de service, est le même que celui des malades de l'hôpital de la Miséricorde.

Nous avons vu le magasin aux provisions abondamment pourvu de denrées de bonne qualité ; et la préparation des aliments, faite au moyen de fourneaux, nous a paru bien soignée.

Rapports statistiques.

La disposition des bâtiments, comme on l'a vu, ne se prête pas à une bonne répartition des malades ; la seule division établie tant chez les hommes que chez les femmes,

c'est la division en aliénés agités et paralytiques, occupant le rez-de-chaussée, et aliénés tranquilles, au 4^{er} étage; pensionnaires et indigents, libres et esclaves sont confondus dans ces deux catégories.

Chaque année, le médecin-directeur est chargé de présenter à l'administration un rapport sur l'état de l'asile, son organisation et sur les modifications jugées nécessaires; ce rapport est suivi d'une statistique indiquant le mouvement de la population. Ces rapports annuels dénotent chez leurs auteurs une parfaite connaissance des progrès réalisés dans nos grands établissements d'Europe. Ils signalent les réformes à faire, tant dans la disposition matérielle de l'édifice que dans son organisation intérieure: création de quartiers spéciaux pour les agités, les épileptiques, les idiots et les gâteux; création d'un pensionnat, création d'un quartier d'incurables et d'infirmes qui encombrant l'asile actuel, extension donnée au travail des aliénés par la création d'ateliers et d'une ferme dans les vastes terrains dépendant de l'asile. Ils insistent particulièrement sur la nécessité d'un personnel médical résidant à l'asile.

Les statistiques indiquent le mouvement de la population du 1^{er} juillet de chaque année au 30 juin de l'année suivante; elles comprennent, dans un premier tableau, la population au 1^{er} juillet, le chiffre des entrées, les sorties, les décès et la population au 30 juin.

Un second tableau donne le chiffre des aliénés sortis, par nationalité, par âge, avec l'indication de la maladie et la durée du séjour à l'asile.

Un troisième tableau donne le chiffre des décès, par nationalité, par âge, avec la cause du décès et la durée du séjour à l'asile.

Enfin, un quatrième tableau est consacré aux aliénés restant au 30 juin.

Mouvement général.

Nous donnons ici le mouvement général de la population en 1869-1870 et 1873-1874 (1).

TABLEAU I. — *Mouvement des aliénés de l'hospice Pédro II en 1869-1870 (du 1^{er} juillet 1869 au 30 juin 1870)*

	Existant le 1 ^{er} juil. 1869.		Entrés		Sortis.		Décédés.		Restant le 30 juin 1870.		
	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	
Nationaux.....	Libres.....	124	88	37	26	21	34	24	44	449	85
	Affranchis...	4	9	4	»	»	»	»	»	2	8
	Esclaves.....	2	2	2	2	2	»	»	2	2	»
Etrangers.....	Libres.....	49	32	14	5	17	4	8	5	38	28
	Affranchis...	8	11	2	1	3	1	1	6	6	5
	Esclaves.....	2	4	1	»	2	3	»	1	1	3
Totaux...	186	146	57	37	45	29	30	25	168	129	
Pensionnaires libres.....	1 ^{re} classe...	9	3	3	3	2	2	1	»	9	4
	2 ^e classe....	13	4	5	6	5	3	2	»	11	7
Pension. libres. } 3 ^e classe....		44	9	23	6	13	4	8	1	46	10
	Pension. esclaves }	2	2	3	4	4	3	»	3	4	»
Indigents.....	Libres.....	107	104	19	16	17	11	18	17	91	92
	Affranchis...	9	20	3	2	3	5	1	4	8	13
	Esclaves.....	2	4	1	»	1	1	»	»	2	3
Totaux...	186	146	57	37	45	29	30	25	168	129	
Total général...	332		94		74		55		297		

(1) Les statistiques de 1869-1870 ont été dressées par M. le Dr Barbosa, ancien médecin-directeur de l'asile, celles de 1873-1874 par M. le Dr Goulard. Nous avons dû remanier les divers tableaux que nous publions pour en faciliter l'examen.

TABLEAU II. — *Mouvement des aliénés de l'hospice Pedro II, en 1873-1874.*

	Existant le 1 ^{er} juil. 1873.		Entrés.		Sortis.		Décédés		Restant le 30 juin 1874.		
	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	
Nationaux.....	Libres.....	144	83	40	24	45	40	24	48	145	79
	ranchis...	3	6	4	6	1	»	»	4	3	44
	Esclaves....	4	»	»	»	»	»	»	»	4	»
Etrangers.....	Libres.....	43	33	16	9	7	4	7	6	45	32
	Affranchis...	6	5	4	4	»	4	3	2	7	3
	Esclaves....	2	4	2	»	2	4	»	4	2	2
	Totaux...	166	131	63	40	25	16	31	28	173	127
Pensionnaires libes.....	1 ^{re} classe ...	6	4	7	2	2	2	»	4	4	3
	2 ^e classe ...	45	9	5	4	5	2	4	2	4	6
Pension. libes..	3 ^e classe ...	64	30	22	9	4	2	44	5	68	33
	Pension.esclaves	4	4	2	»	2	4	4	»	4	»
Indigents.....	Libres.....	74	74	23	24	40	7	45	6	68	73
	Affranchis...	9	40	5	7	2	2	3	3	9	9
	Esclaves....	3	3	»	»	»	»	»	44	4	3
	Totaux...	166	131	63	40	25	16	31	28	173	127
	Total général...	297		103		41		59		300	

D'après les statistiques indiquant le mouvement de la population du 1^{er} juillet 1866 au 30 juin 1874, c'est-à-dire pendant une période de neuf années, nous trouvons que la moyenne de la population de l'asile a été de 309, dont 174,4 hommes et 134,6 femmes.

Les Brésiliens figurent pour une moyenne de 215,5, dont 121,2 homme et 94,3 femmes.

Pour les étrangers, la moyenne est de 93,6, dont 53,3 hommes et 40,3 femmes.

Les pensionnaires pour les trois classes réunies donnent un chiffre moyen de 104, dont 76 hommes et 28 femmes.

La moyenne pour les indigents est de 210, dont 104 hommes et 106 femmes.

Enfin, la population esclave et affranchie est en moyenne de 28,8, dont 12,2 hommes, 16,6 femmes.

L'examen des chiffres sur lesquels reposent ces moyennes nous montre que le chiffre de la population a subi de légères variations depuis 1866.

Les chiffres extrêmes sont 349 pour cette même année et 275 pour l'année suivante. Ils est à noter que cette période correspond à une forte épidémie de choléra.

Le chiffre des hommes est toujours supérieur à celui des femmes; le nombre des pensionnaires, qui était à peu près le quart de la population en 1869, a été de la moitié en 1873-1874.

La population nègre, esclave et affranchie, est toujours de beaucoup inférieure à la population blanche. Il est à remarquer qu'elle diminue à peu près chaque année; elle était de 42 en 1866, elle est actuellement de 29. Les femmes de cette race paraîtraient plus fréquemment atteintes que les hommes.

Nous plaçons ici divers tableaux de la population au 30 juin 1874.

TABLEAU III. — *Nationalité des aliénés existant au 30 juin 1874.*

	H.	F.	D. S.
Brésiliens	119	90	209
Portugais.....	26	18	44
Français	4	1	5
Espagnols....	1	3	4
Italiens	3	2	5
Américains....	2	»	2
Africains.....	12	8	20
Chinois.....	1	»	1
Allemands	4	4	8
Danois.....	»	1	1
Anglais	1	»	1
Totaux...	<u>173</u>	<u>127</u>	<u>300</u>

TABLEAU IV. — *Age des aliénés existant au 30 juin 1874.*

	H.	F.	D. S.
10 à 20 ans...	2	6	8
20 à 30 ans...	17	20	37
30 à 40 ans...	49	29	78
40 à 50 ans...	44	26	70
50 à 60 ans...	25	17	42
60 à 70 ans...	7	9	16
70 à 80 ans...	3	2	5
Age inconnu ..	26	18	44
Totaux...	173	127	300

TABLEAU V. — *Maladies des aliénés existant au 30 juin 1874.*

	H.	F.	D. S.
Démence.....	78	40	118
Manie.....	28	33	61
Monomanie...	41	42	83
Lypémanie....	10	16	26
Epilepsie.....	4	4	8
Hallucinations.	4	1	5
Imbécillité....	3	4	7
Idiotisme.....	1	»	1
Folie paralyt..	3	»	3
Sans diagnostic	1	27	28
Totaux...	173	127	300

TABLEAU VI. — *Durée du séjour dans l'hospice des aliénés existant au 30 juin 1874.*

	H.	F.	D. S.
20 à 25 ans...	2	1	3
17 à 20 ans...	6	4	10
14 à 17 ans...	10	8	18
11 à 14 ans...	12	13	25
8 à 11 ans...	14	8	22
5 à 8 ans...	20	21	41
1 à 5 ans...	66	45	111
6 à 12 mois..	18	7	25
1 à 6 mois..	15	20	35
10 à 30 jours .	2	»	2
Totaux...	173	127	300

Entrées.

La moyenne des entrées du 1 juillet 1866 au 30 juin 1874 a été de 129,9 dont 80,9 hommes et 49 femmes. Pour chaque année, le chiffre des années a subi quelques variations assez sensibles dont les auteurs des rapports ne donnent pas la cause.

Sorties.

Voici les tableaux des aliénés sortis en 1869-1870 et 1873-1874.

TABLEAU VII. — *Nationalité des aliénés sortis pendant les années 1869-1870 et 1873-1874*

	1869-1870		1873-1874	
	H.	F.	H.	F.
Brésiliens	23	21	16	10
Portugais	10	3	5	3
Anglais.....	2	»	»	»
Français.....	1	»	1	»
Africains.....	3	4	1	2
Chinois.....	»	1	»	»
Italiens.....	3	»	»	»
Buenos-Ayres...	1	»	»	»
Paraguayens....	2	»	»	»
Allemands	»	»	2	1
Total...	74		41	

TABLEAU VIII. — *Age des aliénés sortis pendant les années 1869-1870 et 1873-1874.*

	1869-1870		1873-1874	
	H.	F.	H.	F.
De 10 à 20 ans.	4	3	3	5
20 à 30 ans.	21	11	6	3
30 à 40 ans.	11	3	7	3
40 à 50 ans.	5	6	7	4
50 à 60 ans.	2	4	2	1
60 à 70 ans.	1	2	»	»
70 à 80 ans.	1	»	»	»
Total...	74		41	

TABLEAU IX. — *Maladies des aliénés sortis pendant les années 1869-1870 et 1873-1874.*

	1869-1870		1873-1874	
	H.	F.	H.	F.
Hallucinations..	40	3	2	»
Manie.....	20	8	8	6
Monomanie....	2	2	5	1
Démence.....	1	1	1	»
Imbécillité....	4	2	»	»
Lypémanie....	2	1	1	4
Alcoolisme....	3	»	»	1
Epilepsie.....	1	»	»	»
Folie puerpuér.	»	3	»	»
Folie hystérique.	»	5	»	2
Sans diagnostic.	2	4	6	»
Hémiplégie....	»	»	»	1
Typhomanie....	»	»	1	»
Manie périodiq.	»	»	1	1
Totaux....	74		41	

TABLEAU X. — *Durée du séjour dans l'hospice des aliénés sortis pendant les années 1869-1870 et 1873-1874.*

	1867-1870		1873-1874	
	H.	F.	H.	F.
De 6 à 10 ans.....	»	»	2	1
4 à 7 ans.....	3	2	3	3
3 à 4 ans.....	3	2	5	4
1 à 3 ans.....	8	4	7	3
8 à 11 mois.....	6	5	8	5
6 à 8 mois.....	5	6		
4 à 6 mois.....	4	1		
2 à 4 mois.....	10	7		
1 à 2 mois.....	4	1		
15 à 30 jours.....	3	»		
1 à 15 jours.....	»	1		
Totaux....	74		41	
			1873-1874	
De 6 à 10 ans.....	2	1		
3 à 6 ans.....	3	3		
1 à 3 ans.....	5	4		
6 à 12 mois.....	7	3		
1 à 6 mois.....	8	5		
Total....			41	

La moyenne des sorties a été de 76 dont 47,8 hommes et 48,2 femmes.

La population des malades sortis comparée à la population annuelle est de:

3.8	pour 10	en 1866-1867.
3.0	—	en 1868-1869.
3.0	—	en 1869-1870.
4.6	—	en 1870-1871.
4.4	—	en 1873-1874.

Malheureusement les auteurs des statistiques n'indiquent pas l'état mental des aliénés au moment de leur sortie. De là, l'impossibilité de savoir le nombre des guérisons.

Mortalité.

La moyenne des décès a été de 78,8, dont 46,2 hommes et 32,6 femmes.

La proportion pour chaque année a été de:

4.8	pour 10	en 1866-1867.
4.0	—	en 1867-1868.
4.3	—	en 1869-1870.
4.5	—	en 1870-1871.
4.9	—	en 1873-1874.

TABLÉAU XI. *Nationalité des aliénés décédés pendant les années 1869-1870 et 1873-1874.*

	1869-1870		1873-1874	
	H.	F.	H.	F.
Brésiliens.....	24	13	24	19
Portugais.....	7	4	4	2
Français.....	»	4	4	4
Anglais.....	»	4	»	»
Allemands.....	»	4	4	4
Africains.....	2	5	4	4
Espagnols.....	»	»	1	1
Italiens.....	»	»	4	»
Paraguayens...	»	»	4	»
Totaux...	55		59	

TABLEAU XII. — Age des aliénés décédés pendant les années 1869-1870 et 1873-1874.

	1869-1870		1873-1874	
	H.	F.	H.	F.
De 10 à 20 ans.	»	»	4	2
20 à 30 ans.	7	4	8	5
30 à 40 ans.	12	8	10	4
40 à 50 ans.	5	8	7	8
50 à 60 ans.	4	2	5	5
60 à 70 ans.	2	1	1	2
70 à 80 ans.	»	2	»	1
Age inconnu...	»	»	»	1
Totaux...	55		59	

TABLEAU XIII. — Maladies causes des décès des aliénés pendant les années 1869-1870 et 1873-1874.

	1869-1870		1873-1874	
	H.	F.	H.	F.
Marasme	4	3	»	1
Paralyse générale	5	3	»	»
Diarrhée.....	6	4	9	4
Lésion du cœur.....	1	1	»	2
Tubercules pulmonaires.....	3	1	2	7
Anasarque.....	1	»	»	»
Epilepsie	1	»	»	»
Hydropisie.....	1	»	»	»
Gangrène.....	1	1	»	1
Pneumonie	1	»	»	1
Apoplexie cérébrale.....	2	2	2	1
Cachexie paludéenne.....	1	»	»	»
Gastro-entérite	2	3	»	»
Entéro-colite.....	1	»	2	»
Méningo-encéphalite.....	»	2	3	»
Méningite.....	»	1	»	»
Fièvre typhoïde.....	»	2	»	1
Anémie.....	»	1	1	1
Cancer de l'utérus.....	»	1	»	»
Fièvre adynamique.....	»	»	»	1
Scrofules	»	»	»	1
Ulcérations intestinales.....	»	»	4	2
Epanchement séroso-cérébral...	»	»	1	»
Tubercules mésentériques	»	»	1	1
Ascite	»	»	2	»
A reporter.	55		51	

TALLEAU XIII (suite).

	1869-1870		1873-1874	
	Report.	30 25	27 24	
Congestion cérébrale.....	»	»	»	4
Lymphangite.....	»	»	»	4
Dysentérie.....	»	»	4	»
Entérite.....	»	»	»	4
Ramollissement cérébral.....	»	»	4	»
Encéphalite.....	»	»	1	»
Colite ..	»	»	4	»
Méningite cérébro-spinale.....	»	»	4	»
Totaux...		55	59	

TABLEAU XIV.— *Durée du séjour des aliénés décédés pendant les années 1869-1870 et 1873-1874*

	1869-1870		1873-1874	
	H.	F.	H.	F.
23 ans.....	2	»	15 à 20 ans...	2 »
12 à 15 ans...	2	2	10 à 15 ans...	3 3
6 à 12 ans...	3	2	6 à 10 ans...	2 5
4 à 6 ans...	4	9	4 à 10 ans...	10 11
8 à 10 mois..	4	3	6 à 11 mois..	1 3
4 à 8 mois..	5	8	4 à 6 mois..	7 5
1 à 4 mois..	7	3	15 à 40 jours..	4 4
10 à 29 jours..	2	2	1 à 15 jours..	2 »
6 à 10 jours..	»	4		
Totaux...	55		59	

Les causes des décès sont indiquées pour chaque année ; ce sont en général des affections intercurrentes, pour lesquelles il existe, dans chaque division, un registre destiné à en recueillir l'observation journalière.

Nous signalerons par ordre de fréquence la diarrhée, les affections intestinales, la phthisie, l'apoplexie cérébrale, la fièvre typhoïde, la pneumonie, les lésions du cœur, les fièvres pernicieuses.

En 1869-1870, nous voyons figurer comme causes de décès huit cas de paralysie générale, dont 5 hommes et 3 femmes.

L'épidémie de choléra qui a sévi à Rio de Janeiro, en 1867, n'a pas épargné l'asile. Aussi le chiffre des décès, pour cette année, est-il de beaucoup supérieur à celui des années suivantes.

L'épidémie a sévi à l'asile du 22 février au 4 avril; sur une population de 275 malades, 490 ont été frappés, 68 sont morts, dont 36 hommes et 32 femmes; 53 étaient étrangers, dont 16 Africains. Quant aux affections mentales que présentaient les malades décédés, nous trouvons 38 maniaques, 18 déments, 6 paralytiques, 4 épileptiques.

Formes mentales.

Les tableaux des sorties et les tableaux des aliénés restant au 30 juin donnent les formes mentales que l'on rencontre à l'asile de Rio de Janeiro; mais il est difficile de se faire une idée de la proportion de chacune d'elles; parce que, d'une part, les auteurs adoptent une classification inusitée, dans laquelle les hallucinations, l'exaltation maniaque, la manie périodique sont signalées comme des formes particulières; de plus, ils laissent souvent une forte proportion de malades sans diagnostic.

Nous trouvons, cependant, par ordre de fréquence: la démence, la manie, la monomanie, la lypémanie, l'épilepsie, l'alcoolisme, l'imbécillité, l'hystérie et la paralysie générale.

Ces diverses formes mentales ne présentent au Brésil aucun caractère spécial. La paralysie générale s'y rencontre rarement. L'alcoolisme y figure pour un chiffre relativement faible; cette affection atteint surtout les nègres qui font usage de l'eau-de-vie de canne à sucre ou caxaça, et chez lesquels l'alcoolisme se traduit par les mêmes symptômes que nous observons en Europe. Les hallucinations de la vue et de l'ouïe ont le même caractère spécial à cette affec-

tion. On observe aussi des attaques épileptiformes chez les alcooliques chroniques (1).

Nationalité.

La moyenne des étrangers traités à l'asile, de 1866 à 1874, a été de 64,7, non compris les Africains; la population étrangère au Brésil est représentée par les Portugais, les Allemands, les Français, les Italiens, les Espagnols, les Anglais. On y rencontre des Américains du Nord, les Argentins, les Paraguayens, les Danois, et enfin des Chinois. On peut dire d'une façon générale que le contingent d'aliénés fournis par chaque nationalité est en rapport avec le nombre de ses représentants dans le pays. Les étrangers sont admis à l'hospice Pedro II aux mêmes conditions que les nationaux.

Age.

On a pu voir, d'après les statistiques mentionnant l'âge des aliénés sortis, décédés, et des aliénés restant au 30 juin 1874, que l'aliénation mentale, au Brésil, se montre plus fréquente de 30 à 40 ans, et rarement au-dessous de 20 ans.

Causes.

Parmi les causes d'aliénation mentale, au Brésil, on signale l'influence de l'hérédité; l'abus de l'alcool est fréquent chez les nègres. L'influence de la température sur la production de l'aliénation mentale a été notée dans un rapport de 1869: le nombre des entrées aurait augmenté avec l'élévation de la température; ainsi, de septembre à novembre, ce nombre était de 44; de décembre à février, de 52; de mars à mai, de 38; de juin à août, de 44; la

(1) Notre trop court séjour à Rio de Janeiro ne nous a pas permis de recueillir des observations plus complètes au point de vue médical.

moyenne de la température au thermomètre entigrade était, du mois de septembre au mois de février, de 44° 35, 45° 25, 27° 3, 28° 4 29° 1, 43° 7(1).

Il y a un nombre considérable de cas dont la cause est ignorée, faute de renseignements.

Traitement:

Les médicaments en usage, pour le traitement de l'aliénation mentale, sont employés à l'asile de Rio de Janeiro. Le bromure de potassium, l'iodure de potassium, le chloral, le chlorhydrate de morphine, en injections hypodermiques, donnent les résultats habituels. Une poudre végétale, l'espeлина, a été employée comme succédané du bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie, sans résultat satisfaisant.

La bonne installation des bains est mise à profit; les bains tièdes et les bains froids, les douches, les affusions et les bains de vapeur sont fréquemment employés. Enfin, les aliénistes du Brésil savent que le travail bien organisé est la base même du traitement des malades atteints d'aliénation mentale. En 1869, sur une population de 332 malades, dont 186 hommes et 146 femmes, 83 hommes étaient occupés à divers travaux d'ateliers, au jardin, à la cuisine et aux services de l'intérieur. Sur 146 femmes, 108 étaient employées aux travaux de couture, de broderie, de tapisserie et de fleurs artificielles.

Une partie de ces divers ouvrages est destinée à l'établissement; l'autre partie est vendue au profit des malades travailleurs. Il existe une bibliothèque composée de quelques volumes écrits en différentes langues.

Des récompenses ont été instituées pour les malades qui se distinguent par leur docilité et leur application au tra-

(1) Ces observations thermométriques sont dues à M. le Dr Ludovino da Sylva, ancien médecin-directeur.

vail. Elles consistent en objets pouvant leur être utiles, soit pendant leur séjour à l'asile, soit à leur sortie.

Discipline. Moyens de contention.

Les moyens de répression autorisés par les règlements sont : la privation de visite, de promenade, et autres récréations ; quelquefois la diminution des aliments dans la proportion prescrite par le médecin, le séjour en cellule et les douches. Comme moyen de contention, nous n'avons vu que la camisole, telle qu'elle est employée dans nos asiles.

Aliénés criminels.

Les aliénés criminels ont été récemment l'objet d'une mesure spéciale ; on a créé à la maison de détention même un quartier pour ces malheureux, qui se compose de quelques cellules à peu près semblables à celles de l'asile ; une de ces cellules présente une disposition particulière ; la paroi du fond en bois est mobile, au moyen d'un mécanisme extérieur : elle glisse vers la porte en y amenant le malade, cette cellule est destinée aux aliénés criminels dangereux. Il y a, en outre, une salle de réunion ou de travail, un réfectoire et une salle de bains avec un appareil de douches ; enfin un préau est attenant à ce quartier. C'est ainsi que les aliénés criminels, en subissant leur peine, reçoivent les soins dus à leur état mental.

Il est regrettable que cette institution soit établie dans l'enceinte d'une prison, au lieu d'être isolée comme Broadmoor, en Angleterre.

Ainsi qu'on a pu en juger par cet exposé, le Brésil a beaucoup fait pour ses aliénés ; sa capitale possède un asile qui, malgré ses imperfections, peut être envié par plus d'une grande ville d'Europe. Bien des asiles, en Italie, pour ne parler que de ceux que nous avons eu l'occasion de visiter, notamment ceux de Milan, de Florence et de Rome, sont loin de pouvoir être comparés à l'hospice Pedro II.

Les constructions sont belles ; le granit, le marbre et les bois précieux du Brésil leur donnent un aspect vraiment somptueux ; les salles sont hautes, bien aérées par de larges et nombreuses fenêtres ; l'eau est en abondance pour les besoins du service ; partout règne la plus grande propreté ; on n'y est nullement incommodé par de mauvaises odeurs. Toutes ces qualités nous font regretter davantage que la charité seule et non la science ait présidé à la création de l'hospice Pedro II.

Comme nous l'avons déjà dit, les provinces, et particulièrement celles de Bahia, de Pernambuco et de Saint-Paul, ne tarderont pas à imiter la sollicitude de la Santa-Casa da Misericordia.

Si l'organisation du service intérieur laisse encore à désirer, on a pu voir que dans leurs rapports à l'administration, les médecins témoignent d'une parfaite connaissance des réformes à faire et des soins à donner aux aliénés.

Avec de tels éléments, cette partie si intéressante du service hospitalier ne peut manquer de prendre un grand développement au Brésil, pourvu qu'il soit à l'abri de cet esprit de routine et des oppositions intéressées qui se rencontrent toujours sur le chemin du progrès.

LÉGISLATION.

DES PLACEMENTS VOLONTAIRES

DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE.

RAPPORT LU A LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DANS
LES SÉANCES DU 26 ET DU 29 OCTOBRE 1874

Par M. le Dr **BLANCHE**

Messieurs,

Vous avez nommé une commission composée de MM. Brochin, Lasègue, Ch. Loiseau, Lunier, Magnan et moi, pour étudier la question du mode de placement des aliénés dans les asiles publics du département de la Seine, et pour rechercher les modifications qu'il pourrait être utile et convenable d'y apporter. Je vais avoir l'honneur de vous exposer le résultat de nos délibérations sur ce sujet qui intéresse si vivement les malades et les familles.

Je commencerai par vous rappeler comment les choses se passent actuellement :

La loi du 30 juin 1838 a établi deux sortes de placements des aliénés dans les asiles publics et privés, les placements d'office et les placements dits volontaires. Les placements d'office ont lieu en vertu d'arrêtés pris par les préfets dans les départements, et par M. le préfet de police dans le département de la Seine. Les placements dits volontaires sont ceux qui sont effectués directement par les familles ou par la préfecture sur la demande des familles.

Or, dans le département de la Seine, les placements volontaires dans les asiles publics ont été supprimés depuis

quelques années. Les aliénés ne sont plus admis dans les asiles publics qu'à titre de placement d'office, et sauf les cas d'urgence et de danger imminent, ils doivent d'abord être dirigés sur l'infirmerie du dépôt près la préfecture de police, où ils sont examinés par un médecin de l'administration, et d'où ils sont envoyés à l'asile Sainte-Anne où a lieu leur répartition entre les divers asiles du département. Tel est l'état de choses actuel : tous les aliénés qui n'ont pas, soit par eux-mêmes, soit par leurs parents, les ressources nécessaires pour payer pension à la maison nationale de Charenton ou dans des maisons de santé privées, ne peuvent être admis dans les asiles de la Seine, qu'à titre de placement d'office. Or, les formalités à remplir dans ce mode de placement sont parfois très-pénibles. L'intervention du commissaire de police est toujours indispensable, et sauf dans les cas d'urgence, difficilement admis par le commissaire de police, il est également indispensable, ainsi que nous l'avons déjà dit, que les malades soient conduits à l'infirmerie du dépôt de la préfecture de police.

Pour ce qui est des commissaires de police, nous n'avons pas besoin d'affirmer en quelle estime nous tenons ces honorables fonctionnaires qui veillent à notre sécurité, qui nous protègent contre les mille périls de la vie de chaque jour, et dont le nom seul impose aux méchants et rassure les faibles ; mais en même temps, on ne peut nier, et c'est une conséquence des fonctions qu'il rappelle, que ce nom ne soit presque toujours lié à des faits qui entraînent une plainte et une poursuite en justice. Il semble, en effet, que l'on ne doive avoir recours au commissaire de police qu'en cas de contravention, de délit ou de crime, et bien des gens se soumettent avec peine à la nécessité de s'adresser à lui lorsqu'il ne s'agit que d'un malade à faire soigner.

Quant à l'infirmerie du dépôt de la préfecture de

police, nous reconnaissons volontiers que, sur les indications de l'un de nos éminents collègues, on y a introduit de notables améliorations, et, qu'autant que les localités le permettaient, on a séparé les aliénés des prévenus ; mais nous dirons du dépôt ce que nous avons dit du commissaire de police. Le dépôt est une prison, où sont d'abord conduits tous les individus arrêtés ; pour un certain nombre de familles, c'est une obligation très-douloureuse que leurs parents aliénés doivent y être amenés, au lieu d'être conduits directement au bureau d'admission annexé à l'asile Sainte-Anne.

Nous en avons dit assez, Messieurs, pour vous prouver qu'il y a lieu d'apporter quelques modifications au système actuellement en vigueur, et nous avons toute confiance dans le bon accueil réservé aux demandes que nous allons vous proposer d'adresser dans ce but à l'administration.

Malgré ce que laisse à désirer, suivant nous, le quartier du dépôt réservé aux aliénés, et appelé infirmerie, nous déclarons cependant qu'il est impossible de le supprimer ; nous reconnaissons que le cabinet des médecins chargés de ce service doit être maintenu au dépôt même de la préfecture de police et qu'il ne saurait être transporté ailleurs. En effet, le plus grand nombre des aliénés soumis chaque jour à l'examen médical étant de ceux qui doivent être placés d'office, il faut que la constatation de leur état mental ait lieu au siège même, ou tout au moins, dans un endroit aussi rapproché que possible du bureau chargé d'accomplir les formalités administratives du placement.

Ces aliénés peuvent être classés de la manière suivante :

1° Malades envoyés par MM. les commissaires de police.

Lorsqu'un aliéné est dans un état de délire ou d'agi-

tation qui le rend un sujet de trouble et d'inquiétude soit pour les personnes avec lesquelles il vit, soit pour ses voisins de domicile, le commissaire du quartier en est informé directement ou indirectement, et il intervient, tantôt sur le rapport des agents, tantôt sur la demande des parents, tantôt sur la plainte des voisins. Il demande d'abord qu'on produise un certificat médical; à défaut de cette pièce, il requiert un médecin pour constater l'état mental; il fait une enquête, et si la folie lui paraît suffisamment établie, il envoie le malade au dépôt, où les médecins de l'administration contrôlent les résultats du premier examen médical et de l'enquête, et décident s'il y a lieu ou non de placer le malade dans un asile.

2° Individus arrêtés sur la voie publique, soit pour vagabondage, soit pour bruit, insultes et résistance aux agents, rixe, coups et blessures, ou sous toute autre inculpation.

Il n'est pas rare que parmi ces individus, il s'en rencontre qui donnent dès leur arrivée au dépôt des signes plus ou moins manifestes d'aliénation mentale. Lorsque leur état de délire ou d'agitation est tel qu'ils mettent le trouble dans la prison, ils sont immédiatement soumis à la visite des médecins spéciaux, et dirigés sur Ste-Anne; avis de leur placement est donné au parquet. Dans d'autres cas, c'est le magistrat chargé de la première instruction, dite petite instruction, qui reconnaît l'existence d'un désordre dans les idées, et qui ordonne l'examen du prévenu par les médecins. On voit que dans ces circonstances qui se présentent assez souvent, il est nécessaire que le service médical soit installé au dépôt, et à proximité du petit parquet; pour ces deux classes de malades, il n'y a donc qu'à maintenir l'état de choses actuel, et ce n'est que justice d'ajouter que dans aucune ville le placement de ces aliénés n'est fait avec plus de rapidité qu'à Paris, et n'est entouré de plus de garanties et de soins.

Voilà pour ce qui concerne les malades dont le placement d'office est légitimé par la nature de leur délire, par le danger qui en résulte pour eux-mêmes et pour autrui, et enfin par les circonstances dans lesquelles ils ont été arrêtés et conduits au dépôt. Avec la faculté laissée à MM. les commissaires de police d'envoyer directement au bureau d'admission annexé à l'asile Ste-Anne les aliénés dont la situation semble réclamer immédiatement des soins spéciaux, cela constitue un ensemble de mesures qui répondent parfaitement aux droits et aux devoirs de l'administration au point de vue de l'ordre public et de la sécurité des malades eux-mêmes.

Mais en dehors des aliénés qui sont dans les conditions du placement d'office, il en est d'autres auxquels la loi ne permet pas de l'appliquer, parce qu'ils n'ont pas troublé la tranquillité publique et qu'ils ne se sont pas encore montrés dangereux, et qui ont cependant besoin d'être traités dans un établissement spécial. Ils ne peuvent être placés à Charenton ni dans les maisons de santé privées faute de ressources suffisantes, et par conséquent ils doivent être dirigés sur les asiles publics ; c'est pour ces malades, évidemment, que la loi a établi une forme de placement volontaire, en vertu du deuxième paragraphe de l'article 25.

En outre, parmi les aliénés bruyants, turbulents ou dangereux qui sont actuellement placés d'office, il en est un certain nombre que leurs parents se chargeraient de conduire volontairement dans les asiles de la Seine, en vertu de l'article 8, si certaines conditions leur étaient accordées. Comme les précédents d'ailleurs, ils peuvent être calmes, inoffensifs, et avoir pourtant besoin de secours particuliers qu'il y aurait danger pour eux à différer.

Voici donc ce que nous proposerions pour l'admission de ces deux catégories de malades, dits volontaires, que la marche fatale de leur affection, le plus souvent mal soignée, et le mode de placement unique en vigueur aujourd'hui

amènent tôt ou tard, presque inévitablement, à la préfecture de police.

1° Pour les placements à faire en vertu de l'article 8, nous n'entendons parler ici, on l'a déjà pressenti, que des malades qui peuvent payer, eux ou leurs familles, un prix de pension modique, *le prix de journée administratif*, et qu'on désigne dans les asiles publics départementaux sous le nom de « pensionnaires au régime commun. » En effet, pour les pensionnaires en état d'acquitter un prix de séjour un peu plus élevé, le quartier spécial qui doit s'ouvrir très-prochainement à Ville-Evrard, etc., etc., offrira des ressources suffisantes.

Les pensionnaires au régime commun rentreraient alors pour leur admission, dans toutes les conditions légales du placement volontaire, et il suffit, conformément à la loi, que l'administration préfectorale soit informée de leur entrée dans l'asile public. Cette entrée ne pourrait être retardée ou empêchée que par le défaut de place dans les trois asiles de la Seine qui sont, avant tout, destinés aux aliénés plus ou moins dangereux placés d'office, et où un certain nombre de places doit toujours être réservé à cet effet.

Il serait donc nécessaire que la personne munie d'un certificat médical et de toutes les pièces requises, qui demanderait l'admission d'un pensionnaire au régime commun, s'adressât préalablement aux bureaux de Ste-Anne pour savoir sur lequel des trois asiles elle pourrait diriger son malade.

Nous désirerions même que la famille fût libre de choisir l'établissement, si des lits se trouvaient vacants dans deux de ces asiles ou dans tous les trois à la fois.

2° Le second placement volontaire concerne les malades à admettre en vertu du deuxième paragraphe de l'article 25 de la loi, qu'il désigne ainsi : *Ceux dont l'état mental ne compromet point l'ordre public ou la sûreté des personnes.* Il est positif qu'il s'agit toujours dans ce cas de malades qui

ne peuvent, eux ou leurs familles, payer le prix de pension même de la dernière classe, ou qui ne seraient en état d'en payer qu'une partie. Ici, l'*autorisation* de l'administration préfectorale est indispensable, puisqu'il s'agit d'un placement dont la dépense nécessitera le concours de la commune et du département, et que d'ailleurs le nombre de ces places, les formes, les circonstances et les conditions de ces admissions sont réglés par un arrêté du conseil général. Mais, comme il peut souvent y avoir danger pour le malade à ne pas être immédiatement soigné et secouru, nous souhaiterions que l'enquête relative à la situation de fortune de ces aliénés n'eût lieu qu'après leur entrée dans l'asile. C'est du reste ce qui arrive inévitablement pour les placements d'office.

Reste la considération d'argent et le devoir de ne pas grever le budget départemental de dépenses qui ne soient parfaitement légitimes et parfaitement nécessaires.

Nous trouvons que c'est le droit de l'administration préfectorale de ne laisser entrer dans ses asiles que les aliénés dont l'état exige impérieusement, soit pour eux-mêmes, soit pour la sécurité d'autrui, l'internement dans un établissement spécial.

Or, le bureau d'examen annexé à l'asile Ste-Anne nous paraît offrir toutes les facilités et toutes les garanties désirables pour le contrôle de la situation mentale des malades dont l'admission serait demandée en vertu de l'article 25. Les aliénés ne pourraient d'ailleurs y être présentés qu'avec un certificat médical constatant leur état; et pour ceux qui sont inscrits ou secourus comme indigents, nous pensons que ce certificat devrait émaner d'un des médecins du bureau de bienfaisance. A cette première constatation viendrait s'ajouter celle qui serait faite par les médecins du bureau d'examen, et on aurait ainsi l'assurance que l'admission n'aurait lieu que dans les cas où elle serait absolument justifiée.

Il n'y a pas à craindre, du reste, selon nous, que le nombre des malades dont on demandera le placement volontaire, soit jamais considérable. Comme nous sommes d'avis que les familles puissent continuer, si elles le préfèrent, de s'adresser à la préfecture de police pour le placement d'office des aliénés, nous ne doutons pas que souvent elles n'y aient recours, et qu'elles n'useront qu'assez rarement de la faculté du placement volontaire. Mais nous sommes convaincus que si nous obtenons que ce mode de placement soit rétabli par l'administration, nous aurons contribué à faire revivre une mesure fondée sur la justice et l'humanité, et dont l'effet sera d'épargner dans certains cas aux familles des difficultés parfois insurmontables, et à un certain nombre de malades des lenteurs préjudiciables et des impressions fâcheuses.

Ainsi, les choses se passeraient désormais pour ces aliénés (art. 25) comme elles se passent maintenant pour les malades ordinaires admis dans les hôpitaux. Lorsqu'une personne atteinte d'une fièvre typhoïde, d'une pneumonie, ou de toute autre affection, se présente à un hôpital ou au bureau central d'admission, on commence par la recevoir et par la soigner ; puis, l'administration de l'Assistance publique s'enquiert de sa situation et se fait rembourser, quand il y a possibilité, les frais de séjour et de traitement.

Il ne nous semble pas équitable que l'aliéné rencontre plus de difficultés pour être admis dans un asile qu'un malade ordinaire pour entrer à l'hôpital. L'aliéné est, lui aussi, un malade, et, de plus, c'est un malade qu'il est presque toujours absolument impossible de soigner dans sa famille et hors d'un établissement spécial.

Nous ne voulons pas prétendre que l'analogie soit complète entre le malade atteint d'aliénation mentale et celui dont l'affection est purement somatique. Nous savons qu'au point de vue de la liberté individuelle, aussi bien qu'au regard à la bonne gestion des finances du département, il y

a des précautions à prendre et des garanties à exiger. Mais, pour ce qui est de la liberté individuelle, les placements volontaires n'existent-ils pas pour les malades riches ou aisés, sans qu'un seul abus, quoi qu'on en ait pu dire, ait jamais été constaté ? Et pourquoi les garanties qui suffisent pour les classes élevées et les classes moyennes de la société seraient-elles réputées insuffisantes, lorsqu'il s'agit des pauvres et des indigents ? Aussi bien, dans les considérations qui précèdent, aucune des prescriptions de la loi du 30 juin 1838 n'est violée ni éludée.

En résumé, Messieurs, dans l'état actuel des choses, il n'y a plus, à Paris, la distinction établie par la loi entre le placement d'office et le placement volontaire, pour un aliéné privé de ressources ou ne disposant que de faibles économies. Il en résulte que des formalités pénibles, justifiées seulement en cas de péril, sont imposées à des aliénés inoffensifs ou plutôt à leurs familles.

L'administration rendrait aux parents des malades et aux malades eux-mêmes un signalé service en rétablissant, conformément à la lettre et à l'esprit de la loi, les placements volontaires applicables aux aliénés qui n'ont pas commis d'actes nuisibles ou troublé l'ordre, et qui, par conséquent, ne sauraient être l'objet d'un placement d'office.

Votre commission vous prie donc, Messieurs, d'arrêter : que la Société médico-psychologique aura l'honneur de demander au conseil général de bien vouloir décider que les placements volontaires (article 8) des pensionnaires assimilés au régime commun, ainsi que ceux prévus par l'article 25 de la loi du 30 juin 1838, seront rétablis dans le département de la Seine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médico-psychologique.

Séance du 26 octobre 1874. — Présidence de M. LOISEAU.

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

M. LEGRAND DU SAULLE, à l'occasion du procès-verbal, rapporte que le malade mélancolique dont il a parlé, continue à être nourri à la sonde et que le cathétérisme a été pratiqué 474 fois; la santé générale, d'ailleurs, est assez bonne; ainsi qu'on peut en juger par la photographie, le malade a repris un peu d'embonpoint.

M. BLANCHE cite le fait d'un mélancolique nourri, il y a 20 ans, pendant treize mois, à la sonde et qui un jour prit spontanément un morceau de pain laissé sur une table. A partir de ce moment il se remit à manger et il a continué depuis à prendre les aliments qu'on lui sert.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance comprend :

1° Un ouvrage de M. DAGRON sur *les aliénés et les asiles d'aliénés*.

2° Les comptes rendus de la Société de médecine de Nancy.

3° Un numéro de *The american, Journal of insanity*.

4° Une *étude sur la folie paralytique* du Dr Lefèvre, présentée par M. Legrand du Saulle, avec une lettre de candidature au titre de membre correspondant.

Une commission, composée de MM. Legrand du Saulle, Motet et Magnan, est nommée pour faire un rapport sur cette candidature.

Une deuxième commission, composée de MM. Blanche, Foville et Lunier, est nommée pour faire un rapport sur la candidature de M. Hurel.

Des placements volontaires dans les asiles d'aliénés de la Seine.

M. BLANCHE donne lecture du rapport sur le placement des aliénés.

(Voir ci-dessus (p. 99) ce rapport, tel qu'il a été adopté dans la séance extraordinaire du 30 octobre.)

M. LASÈGUE ne soulève pas d'objections aux placements volontaires; il fait seulement observer que ce mode de placement existait en 1833, mais que les demandes étaient si nombreuses que le Préfet de la Seine eut hâte de demander le retour aux placements d'office. Il n'entrevoit aucune difficulté concernant les placements volontaires, pour lesquels les familles acquitteraient le prix de pension.

Relativement aux prévenus reconnus aliénés, qui ont été l'objet d'une ordonnance de non-lieu, M. Lasègue ne pense pas qu'il soit toujours nécessaire de les séquestrer; souvent, en effet, le malade, détenu depuis plusieurs mois, s'améliore dans le cours de l'instruction et quelquefois, quand arrive l'ordonnance de non-lieu, tout délire a disparu et le malade peut être rendu à la liberté. Le certificat de l'expert n'a donc rien à faire avec le placement; il n'a à s'occuper que de l'état intellectuel du malade au moment où le délit ou le crime ont été commis et il doit indiquer simplement si le malade était alors responsable ou non.

Il y a donc là deux faits distincts, la séquestration, d'une part, et le rapport médico-légal provoquant l'ordonnance de non-lieu, d'autre part; ces deux faits ne sont nullement solidaires l'un de l'autre. Il serait nécessaire de modifier la dernière partie du rapport qui traite de ce point.

M. BILLON ne pense point qu'il faille limiter les placements volontaires aux malades qui peuvent payer; il voudrait les voir s'étendre aussi aux malades indigents, en vertu de l'application de l'article 25 de la loi du 30 juin 1838.

M. FALRET fait observer que dans le département de la Seine, les placements d'office sont faits par le Préfet de police et que les placements volontaires appartiennent au Préfet de la Seine.

M. BILLON ne croit pas que les placements volontaires puissent entraîner un nombre trop considérable d'entrées, puisqu'il serait toujours facile de fixer, par un vote du Conseil général, le nombre de places à attribuer à ce mode d'admission.

M. LUNIER. La loi de 1838 a prévu ces divers modes de placement; partout ailleurs qu'à Paris, les placements volontaires à titre d'indigent sont faits tantôt sur la demande des parents ou des amis, tantôt sur celle des maires. Dans les premières années qui ont suivi la promulgation de la loi de 1838, ce mode de placement était relativement assez fréquent;

il avait été parfaitement défini, du reste, par les circulaires ministérielles des 10 avril et 5 août 1839 et 14 août 1840.

Malheureusement un certain nombre de conseils généraux, abusant de la latitude que leur laissait le § 2 de l'art. 23 de la loi de déterminer le nombre des aliénés non dangereux qui seraient admis dans les asiles au compte du département, restreignirent outre mesure et parfois même supprimèrent complètement l'admission de ces malades.

C'est alors que, sur un rapport de Ferrus, intervient une lettre du Ministre de l'intérieur au Préfet de la Seine, en date du 5 décembre 1845, dans laquelle il est dit que tous les aliénés et idiots doivent être considérés comme dangereux.

Depuis cette époque, et pour éviter des difficultés avec leurs conseils généraux, beaucoup de préfets considèrent comme dangereux et placent d'office tous les aliénés, au compte de leur département.

Cette manière de faire est évidemment contraire à l'esprit de la loi de 1838 ; elle a eu d'ailleurs pour conséquence d'encombrer les asiles *d'infirmes de l'intelligence* dont la véritable place est dans les hospices.

M. LASÈGUE fait observer que ces malades, livrés à eux-mêmes, sont souvent dangereux et que, d'un autre côté, il n'est pas possible de ne pas admettre ces malheureux, incapables de se diriger et de pourvoir à leurs besoins les plus élémentaires. Le département de la Seine se montre très-généreux en admettant ces infirmes dans les asiles, puisque les hospices sont actuellement insuffisants pour les recevoir.

Après quelques observations sur le mode actuel de placement par MM. Loiseau, Delasiauve, Lunier, Blanche, la discussion est renvoyée à une séance extraordinaire qui aura lieu à bref délai.

Sur la demande de MM. Blanche et Lunier, M. Lasègue est adjoint à la Commission chargée d'étudier les divers modes de placement des aliénés dans les asiles de la Seine.

D^r MAGNAN.

Séance du 30 octobre 1874. Présidence de M. BLANCHE,
vice-président.

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

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance comprend une lettre de M. LOISEAU,

président, s'excusant de ne pouvoir assister au début de la séance, étant retenu au Conseil général.

M. BRIERRE DE BOISMONT fait connaître à la Société la création en Italie de nouveaux journaux ayant pour but de donner aux familles des renseignements sur les malades traités dans les asiles, et des conseils sur différents points relatifs aux aliénés.

Ces nouveaux bulletins médicaux sont déjà fondés à Ferrare, Parme et Ancône.

Des placements volontaires dans les asiles de la Seine.

M. BILLOD, à l'occasion du procès-verbal, rappelle qu'il voudrait pour les placements volontaires l'application de l'article 25 de la loi du 30 juin 1838.

M. DUMESNIL voit un grand avantage au placement des déments dans les quartiers d'hospice plutôt que dans les asiles d'aliénés; l'entrée dans un asile de l'un des membres d'une famille, étant toujours très-pénible pour les autres.

M. LUNIER fait connaître les résultats de la discussion de la commission sur les placements volontaires des aliénés et donne lecture du résumé qui a été adopté.

M. BILLOD demande à ajouter quelques observations à propos de la discussion de la précédente séance : M. Lasègue, dit-il, pose comme condition, pour les placements volontaires, la délivrance d'un certificat par les médecins du bureau d'admission; il ne s'oppose pas à la délivrance de ce certificat, mais en vertu de l'article 8 de la loi du 30 juin 1838, un certificat médical doit accompagner la demande d'admission.

M. BLANCHE répond que dans son rapport il a indiqué ce certificat médical qui, pour les malades payant la totalité de la dépense, pourrait être délivré par le médecin de la famille, et pour les malades indigents, par le médecin du Bureau de bienfaisance, ce qui n'occasionnerait aucune dépense pour les familles pauvres.

M. DUMESNIL fait remarquer à propos des pensionnaires que leur admission s'effectue sans certificat du médecin de la préfecture; il en est de même pour les malades de la quatrième classe.

M. POUZIN fait observer que même avant la loi du 30 juin 1838, il existait une différence entre les admissions dans les asiles publics et celles effectuées dans les maisons de santé privées : les

admissions dans les maisons de santé se faisaient sans difficulté; un certificat était exigé dans les vingt-quatre heures qui suivaient l'arrivée du malade. Quant aux aliénés arrêtés dans les rues, le commissaire était prévenu du scandale ou du délit qui venait d'être commis; il y avait une sorte d'arrestation qui précédait la séquestration. De la préfecture de police on les envoyait, selon leur état de fortune, soit à la maison de santé, soit à Bicêtre ou à la Salpêtrière, où l'administration faisait quelquefois des difficultés pour les recevoir.

M. BILLOD pense que le directeur doit toujours admettre pour les placements volontaires un malade qui est présenté avec les pièces légales.

M. BLANCHE croit également qu'on doit recevoir immédiatement le malade, parce que dans certains cas de rémission des accidents on pourrait être induit en erreur; la loi a pris, d'ailleurs, des précautions à ce sujet, en exigeant un certificat de 24 heures et un certificat de quinzaine.

M. LUNIER ne considère pas comme une obligation pour les directeurs d'asile, quand il s'agit de placements volontaires, de recevoir tout aliéné qui leur est amené muni des pièces exigées par la loi; aucune prescription légale ne les y contraint. M. Lunier, répondant ensuite à la question de M. Billod, relative à l'établissement vers lequel devra être dirigé le malade, pense que l'on devra, pour ces placements volontaires, tenir compte des désirs des familles.

M. POUZIN fait observer que le bureau central des hôpitaux distribue les malades dans tous les hôpitaux en tenant compte de l'état des malades et des places vacantes; de même le bureau d'admission des aliénés devrait envoyer les malades dans les asiles qui conviennent le mieux à leur état et où se trouvent des places vacantes.

M. BILLOD pense, en ce qui concerne la cessation des placements volontaires dans le département de la Seine, qu'il serait facile d'y remédier par un vote du Conseil général fixant le nombre de ces placements.

On confond généralement, ajoute M. Billod, les placements volontaires qui s'effectuent en vertu de l'art. 8 de la loi avec les placements également volontaires qui résultent de l'application de l'art. 25, § 2, de la même loi; il importe de les distinguer.

Les premiers sont applicables aux aliénés dangereux ou

non, que l'on place dans les maisons de santé spéciales ou dans les quartiers de pensionnaires annexés aux asiles publics et dont la pension est payée par eux-mêmes ou par leurs familles; les deuxièmes se rapportent aux aliénés dont l'état ne compromettrait pas l'ordre public ou la sûreté des personnes et dont la pension est en tout ou en partie mise à la charge de l'administration.

Ces derniers placements, pour être autorisés par le préfet du département dans lequel l'asile est situé, ne perdent pas leur caractère de placements volontaires, ainsi qu'il résulte du passage suivant de la circulaire ministérielle du 4 août 1840 :

« Enfin, monsieur le Préfet, vous remarquerez que les placements d'aliénés dont l'état mental ne compromet point l'ordre public ou la sûreté des personnes, ne sont jamais que des placements volontaires. L'autorisation qui intervient de votre part pour l'admission de ces infortunés n'est relative qu'au paiement de leur dépense; elle ne saurait faire assimiler ces placements à des placements d'office; ils restent donc exclusivement soumis aux seules dispositions relatives aux placements volontaires. Par suite, les aliénés dont il s'agit cesseront d'être retenus dans les asiles aussitôt que les médecins auront déclaré leur guérison obtenue, sans que vous ayez à statuer à cet égard; il devra seulement vous en être donné avis. »

C'est de ce dernier mode de placements volontaires que je demande spécialement, pour ce qui me concerne, le rétablissement.

Après quelques observations de MM. Loiseau, Dagonet, Blanche et Lunier, la Société, en raison de l'urgence, ne pense pas devoir continuer la discussion sur ce sujet et vote les conclusions du rapport (voir ci-dessus p. 99).

D^r MAGNAN.

Séance du 30 novembre 1874. — Présidence de M. LOISEAU.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

1^o Statistique triennale (1871-1873) de l'asile de Lommelet (Nord), par M. le D^r Planque, médecin en chef.

2^o Un mémoire de M. le docteur Ponza, médecin en chef du manicomme d'Alexandrie, intitulé : *La transfusione del sangue negli alienati.*

3° M. VOISIN dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur *Frédéric Bateman*, de Norwich, intitulé : *Recherches sur l'aphasie*. L'examen de ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Lunier, Legrand du Saulle et Voisin, rapporteur.

M. CH. LOISEAU, président, rend compte de la solution donnée par le Conseil général de la Seine à la question des placements volontaires dans les asiles du département. Ce mode de placement, qui a fait l'objet d'une discussion au sein de la Société médico-psychologique et d'un rapport de M. Blanche, distribué aux membres du Conseil général, a été recommandé à l'attention de l'administration, et il est, en ce moment, soumis à l'étude de la commission de surveillance. Il y a tout lieu de croire que les placements volontaires s'effectueront à l'avenir, dans nos asiles, parallèlement avec les placements d'office, suivant des conditions qui restent à déterminer.

De même, le Conseil général de la Seine a émis le vœu que la loi de vendémiaire, relative au domicile de secours, fût modifiée, et que la durée du séjour nécessaire pour acquérir le domicile de secours fût portée à trois ans au lieu d'une année, mesure qui sera de nature à alléger d'une manière très-notable les finances départementales.

Ces questions ont été étudiées et résolues par la Société médico-psychologique, avant d'être discutées et acceptées par le Conseil général. M. Loiseau est heureux d'avoir été l'interprète et l'organe de la Société dans cette circonstance. La Société médico-psychologique aura rendu des services réels aux aliénés, aux familles et à l'administration, en se livrant à cette étude et en proposant la solution pratique de ces questions.

Rapport de candidature.

M. DUMESNIL donne lecture du rapport qui suit sur la candidature de M. le docteur *Maret*, médecin en chef de l'asile d'Auch, au titre de membre correspondant :

Messieurs,

Vous avez renvoyé à une commission, composée de MM. Lunier, Voisin et Dumesnil, l'examen des titres scientifiques de M. le Dr *Maret*, médecin-directeur de l'asile d'Auch, qui sollicite l'honneur de faire partie de la Société médico-

psychologique en qualité de membre correspondant. Je viens, Messieurs, vous présenter le rapport arrêté à ce sujet par votre commission.

M. le Dr Maret, dont le nom vous est certainement connu par plusieurs publications que nous rappellerons tout à l'heure, a voulu néanmoins vous adresser un travail spécial à l'appui de sa candidature ; il a choisi pour sujet un cas fort remarquable de *folie à deux*, sujet qui, en ce moment même, étant à l'étude au sein de votre compagnie, a déjà fait l'objet de communications et de discussions fort importantes. C'est un exemple frappant de l'influence exercée par un esprit atteint sur un être plus faible, qui se laisse peu à peu attirer dans le même cercle d'idées malades. Ici, on retrouve encore, ce qui est très-fréquent, l'*entraîneur* et l'*entraîné*, le *sujet incubé* et le *sujet succube*, comme l'a dit plus heureusement notre savant collègue, M. Lasègue.

Ces cas sont moins rares qu'on ne pense, et si chacun recueillait ses souvenirs, on arriverait à réunir un nombre suffisant d'observations qui serviraient à élucider quelques-uns des problèmes qui se rattachent à ces singulières vésanies.

Dans les dernières années de mon séjour à Rouen, j'ai soigné un malade, médecin lui-même, qui, en proie à des idées de persécution, avait fini par persuader à sa femme que ses conceptions délirantes étaient réellement fondées. Celle-ci entra à Saint-Yon quelque temps après l'admission de son mari à Quatre-Mares ; elle en est sortie à peu près guérie, ne conservant qu'une dépression mentale profonde, ce qu'explique du reste le malheur qui l'avait frappée, car son mari qui est halluciné n'a pas recouvré la raison.

Tout dernièrement, j'ai examiné avec grande attention, à l'asile de Bégard (Côtes-du-Nord), deux sœurs qui ont pris leurs excellents parents en haine profonde, qui s'imaginent qu'elles appartiennent à une famille d'une condition sociale bien supérieure à la leur et qui, après mille scènes pénibles, des altercations continuelles et enfin une tentative de fuite de la maison paternelle, ont été conduites à l'asile. L'aînée, dont le développement physique et intellectuel est évidemment très-supérieur à celui de l'autre malade, a été frappée la première, et elle a peu à peu inculqué toutes les étrangetés de son esprit à sa jeune sœur, qui a trouvé qu'il était moins fatigant de la croire que de discuter avec elle. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'aînée, me paraissait en voie d'amélioration

sensible quand je l'ai interrogée, tandis que sa sœur était encore en pleine activité de perversion des sentiments, du raisonnement et des idées.

Mais le fait le plus étrange et que sans doute M. J. Falre fera connaître dans ses détails à la Société, est celui de cette famille de cultivateurs du Jura, que j'ai vue moi-même à l'asile de Dôle, en 1852, qui avait subi en masse l'ascendant du fils aîné qui fut frappé le premier. Et détail des plus intéressants, ici, c'est que les hallucinations terrifiantes dont il était obsédé semblent s'être étendues à tous ceux qui l'entouraient : père, mère, frères et sœurs qu'il forçait, le soir, réunis, ou plutôt tapis au coin de leur foyer, à écouter avec lui les voix et les menaces qu'il croyait percevoir.

Mais nous revenons à l'observation de notre confrère, laquelle a pour titre : folie similaire à deux.

Il s'agit d'un individu âgé de 43 ans, Jean-Baptiste Degospéri, né dans le Tyrol, soldat au régiment étranger, entré à l'asile d'Armentières à la suite de la guerre contre l'Allemagne. Il ne parle pas français, mais un mauvais italien ; cependant comme il a séjourné 5 ans en Espagne, M. Maret qui connaît l'espagnol parvint à se faire comprendre et à se mettre en rapport avec lui. Il se croit fils de l'empereur d'Autriche et doit être couronné à Paris ou à Rome. Il est appelé à régner, de nombreux généraux le lui ont donné à entendre, ainsi que son père, l'empereur d'Autriche et saint Pierre. Il avoue du reste que son engagement n'a été motivé que par cette pensée fixe d'arriver à recueillir la couronne de France ou celle d'Italie. Il est très-probable, selon M. le Dr Maret, que son voyage en Espagne se rattache également à des projets de cet ordre. La vierge, dit le malade, le favorise dans ses desseins. Il parle aussi de deux lettres que son frère aurait remises à leur père commun, l'empereur d'Autriche, et qui auraient une grande importance ; mais il ne peut pas ou ne veut pas en dire l'origine. Son délire tend à se généraliser évidemment. Dans ses explications, il ne tarde pas à devenir très-loquace et tout à fait incohérent ; mais néanmoins il revient toujours à l'objet principal de son délire, à ses idées ambitieuses, qui ont été le point de départ de toutes ses aventures. N'oublions pas de noter qu'il est halluciné ; il croit qu'il existe à l'asile des êtres surnaturels et invisibles qui veillent sur sa haute destinée. « Nous ne les voyons pas, dit-il ; mais je sais bien où ils sont. »

Son frère Joseph, frère jumeau ; même taille, même démar-

che, mêmes traits, — on les prend aisément l'un pour l'autre, — est également placé à l'asile et présente les mêmes troubles. Il a suivi son frère Jean-Baptiste en Espagne, il s'est engagé avec lui dans le régiment étranger au moment de la guerre franco-allemande et a les mêmes aspirations. Si son frère est couronné à Paris, il doit l'être à Rome, et il se propose d'entretenir des relations amicales avec les autres cabinets européens. Son règne et celui de son frère feront cesser tous les conflits internationaux ; c'est là son unique but. — Son délire est d'ailleurs parfaitement circonscrit, limité ; il est resté simple comme il a dû l'être tout d'abord. Il n'a pas les hallucinations constatées chez son frère.

M. le Dr Maret termine en ajoutant : « que ce fait de deux malades présentant les mêmes idées délirantes avait porté M. le Dr Mundy, de Vienne, directeur des évacuations d'Allemagne, qui ne les vit du reste que pendant fort peu de temps, à émettre bien des doutes sur l'état d'aliénation mentale de ces deux militaires ; mais je n'ai cessé de les suivre depuis mon arrivée dans le service de l'asile ; je les ai placés dans des quartiers différents, je les ai interrogés séparément et j'ai dû me convaincre qu'ils sont réellement aliénés. Ils n'ont pas perdu leurs sentiments affectifs et ils se tourmentent beaucoup quand on les sépare. Jean-Baptiste devient alors véritablement excité et l'autre pleure ou devient lypémanique. Il me paraît probable que Jean-Baptiste a été le premier atteint d'aliénation mentale ; il est halluciné, et son délire tend à se généraliser. Son frère Joseph, qui l'a suivi partout, aurait fini par adopter ses idées et en serait ainsi venu à se croire destiné au trône. »

Ces conclusions, Messieurs, nous semblent à l'abri de toute controverse, et nous ajouterons qu'il est à remarquer que le premier frappé des deux frères était halluciné, ce qu'on ne doit jamais négliger de rechercher dans la folie à deux. Nous croyons en effet être dans le vrai, en affirmant que cette grave complication du désordre mental est indispensable pour que la folie à deux puisse apparaître ; autrement dire, qu'il faut que le premier touché soit halluciné pour que l'autre soit envahi. C'est dans l'hallucination seule, à notre avis, que la volonté, l'insistance, la conviction ; nous dirions presque la logique, ont assez d'action et d'intensité pour pouvoir amener le naufrage de la raison de celui qui est sollicité sans cesse à entrer dans la même série d'idées. De là une indication curative bien ra-

tionnelle : c'est dans tous les cas semblables, pour en sauver au moins un, de faire cesser toute espèce de rapports et de communications entre les deux frères siamois de la folie.

M. le Dr Maret s'est déjà occupé de ce délire similaire qu'on rencontre parfois chez plusieurs personnes qui ont longtemps vécu ensemble dans les mêmes tourments de l'esprit. Il en dit quelques mots à la fin de sa thèse inaugurale, soutenue devant la Faculté de Paris, en 1868. Un certain nombre de ses observations, se rattachant à cette question, ont été publiées depuis dans le livre de notre collègue, M. Legrand du Saulle, sur le délire des persécutions.

M. Maret, qui sollicite l'honneur d'entrer dans nos rangs, Messieurs, a fait en outre plusieurs analyses qui sont insérées dans vos *Annales*, et je reconnais qu'il a le plus participé à la collaboration, avec moi, d'un assez grand nombre d'observations qui ont été reproduites dans le travail de M. Lunier, concernant l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le mouvement de l'aliénation mentale en France.

Il est donc certain que M. Maret, quoi qu'il en dise, n'en est point à ses débuts dans la science et qu'il a, selon nous, des droits réels au titre qu'il demande à vos suffrages.

J'ajouterai que c'est l'homme du devoir, l'ayant eu longtemps à mes côtés pendant que j'exerçais les fonctions de médecin-directeur à l'asile de Quatre-Mares. Il en a donné des preuves encore dans la fatale guerre de 1870-71, où il remplit volontairement, pendant 4 mois, les fonctions de chirurgien-major d'un corps de troupes retranché au Havre et dont l'effectif se montait à 17 ou 18 bataillons. Et s'il n'a pas eu dans son ambulance le navrant spectacle du lendemain d'une bataille, il a eu affaire aux ravages de la variole, fléau non moins impitoyable que notre ennemi.

En résumé, Messieurs, votre commission vous demande de bien vouloir accorder à M. le Dr Maret le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Rapport de candidature.

M. LEGRAND DU SAULLE lit le rapport suivant sur la candidature de M. le docteur *Lefebvre* (de Louvain), au titre d'associé étranger :

Messieurs,

L'un des hommes les plus considérables dans la science et

dans la profession, M. le docteur Lefebvre, membre de l'Académie de médecine de Belgique et président de la Société de médecine mentale de Bruxelles, sollicite de vous l'honneur de faire partie de la Société médico-psychologique, au titre de membre associé étranger. Au nom d'une commission dont MM. Motet et Magnan font partie avec moi, je viens vous rappeler en quelques mots seulement les titres qui recommandent notre éminent confrère à vos suffrages.

Pendant seize ans, M. Lefebvre a été chargé d'un cours théorique et clinique de psychiatrie à l'Université de Louvain, et, pendant le même temps, il a dirigé les deux petits établissements d'aliénés de cette ville. Il n'en est plus aujourd'hui que le médecin honoraire et il est actuellement professeur ordinaire à la même Université.

Malgré les occupations professionnelles les plus multipliées, M. Lefebvre a récemment communiqué à l'Académie de médecine de Belgique un très-important mémoire ayant pour titre : *Etude sur la folie paralytique (statistique, étiologie, prophylaxie)*, et il vous l'a adressé, à l'appui de sa candidature.

Après avoir établi que le sixième des aliénés des asiles de Louvain était frappé de paralysie générale, M. Lefebvre s'est demandé si cette progression évidente de la plus terrible des maladies ne tenait pas à cette impatience de vivre et à cette précipitation fébrile qui font que l'homme n'accorde plus maintenant qu'un jour ou une heure aux travaux ou aux opérations qui réclamaient jadis des années ou des mois. « L'humanité, dit-il, n'a jamais été entraînée dans un tourbillon de travail aussi dévorant que celui dont nous sommes les témoins, les acteurs et souvent les victimes. » Dans l'ordre des excitants physiques, M. Lefebvre a reconnu que les trois grands facteurs de l'aliénation paralytique étaient : l'alcool, le tabac et l'éréthisme génital.

En vertu d'une conviction sincère et profonde, le professeur de Louvain est arrivé à émettre sur la prophylaxie de la paralysie générale des opinions que je vous demande la permission de ne point apprécier, mais que je tiens à reproduire textuellement :

« Dans les emportements du travail moderne, la trêve de Dieu, c'est le repos du dimanche. Pour suffire aux travaux forcés auxquels nous nous sommes laissés entraîner, il faut que chaque semaine l'ouvrier ait un jour de liberté, un jour pour lui où il puisse élever son intelligence et son cœur sous

la double influence de la religion et de l'instruction, un jour pour sa femme et pour ses enfants, à qui il doit plus que le pain de chaque jour : les saines affections de la vie de famille et ces épanchements de l'intimité, qui achèvent de faire passer l'âme des parents dans celle des enfants.

» L'homme qui se livre au travail de la pensée a peut-être plus besoin encore du repos du dimanche que l'ouvrier condamné au travail des bras. Jamais ce repos n'a été plus nécessaire que dans nos temps agités. Je suis convaincu qu'avant dix ans cette grande loi de conservation et de moralisation s'imposera à la société comme une nécessité inexorable.

» Toutefois, le repos dominical ne constitue pas une panacée : c'est un remède héroïque, mais partiel. Que faut-il donc de plus ? Beaucoup de choses : il faut restaurer dans les âmes la puissance du sentiment religieux, il faut ranimer l'esprit de famille et rendre au foyer domestique, sa véritable place, la femme, que l'industrie moderne entraîne aujourd'hui dans les mines et dans les fabriques ; il faut répandre l'instruction au sein des masses laborieuses, il faut développer ces sociétés de patronage qui, sous des noms divers, rapprochent fraternellement le pauvre et le riche. . . »

Le travail de M. le professeur Lefebvre touchait d'une façon plus ou moins directe à un si grand nombre de questions émouvantes, qu'il est devenu aussitôt le point de départ, à l'Académie, d'une mémorable discussion, à laquelle jusqu'à ce jour ont pris part plusieurs fois MM. Bulkens, Masoin, Laussedat et Lefebvre. Ces débats scientifiques sont malheureusement très-passionnés et beaucoup d'arguments ont le tort d'être empruntés aux sciences sociales, à la politique et à la religion.

Dans mon opinion, Messieurs, la science doit rester absolument étrangère à toutes les préoccupations philosophiques, gouvernementales et religieuses, qui sèment partout la discorde et ne changent les opinions de personne. Nous, qui avons l'honneur d'être médecins, nous avons déjà bien de la peine pour nous mettre d'accord sur certains signes cliniques et sur les interprétations qu'ils peuvent recevoir, à différents points de vue. A plus forte raison, devons-nous éliminer de la discussion scientifique des faits tout ce qui s'éloigne de l'examen du malade. En restant médecins, nous avons tout à gagner ; en nous mêlant aux controverses mondaines, nous avons tout à perdre !

Quelques soient les opinions de M. le professeur Lefebvre,

nous savons qu'elles sont infiniment respectables ; car elles émanent d'une conviction loyale et d'une foi robuste. Aussi, s'il a pu trouver des adversaires, n'a-t-il pas eu d'ennemis à combattre.

Votre commission, Messieurs, a pensé que ce serait un grand honneur pour la Société que d'appeler à siéger ici, comme associé étranger, le président de la Société de médecine mentale de Belgique, et elle vous propose, en conséquence, d'ouvrir le scrutin sur la candidature de M. le professeur Lefebvre.

La lecture de ce rapport est suivie d'un court échange d'observations entre MM. Fournet, Delasiauve, Lunier et Legrand du Saulle, sur le rôle de la médecine et l'opportunité de son intervention dans les questions philosophiques, politiques et sociales.

M. LEGRAND DU SAULLE, tout en admettant, jusqu'à un certain point, avec ses interlocuteurs, la légitime ingérence de la médecine dans le domaine de la philosophie, de la politique et de la sociologie, déclare qu'il n'a pas cru devoir discuter, dans son rapport, les opinions de M. Lefebvre, afin de ne pas obliger la Société médico-psychologique à rallumer un débat qui naguère avait si vivement passionné l'Académie royale de médecine de Belgique.

Les conclusions du rapport sont adoptées, et M. le D^r Lefebvre est élu à l'unanimité des voix membre associé étranger.

Du traitement de la folie par les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

M. VOISIN donne lecture de l'observation suivante :

Folie névropathique de forme lypémanique, caractérisée par des illusions, des hallucinations de plusieurs sens, etc. — Début de la maladie il y a deux ans. — Traitement par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. Dose maximum par jour, 40 centigrammes. Guérison.

La nommée D..., 36 ans, couturière, est entrée le 24 fév. 1874 dans mon service, à la suite de deux certificats portant, l'un que la malade était atteinte de paralysie générale avec conceptions mélancoliques, des idées de jalousie et de persécution et affaiblissement de la mémoire ; l'autre, qu'elle présentait du délire de persécution et des hallucinations.

Son père est mort d'apoplexie ; sa mère est bien portante. Elle a toujours eu un caractère égal ; elle est économe, travailleuse. La maladie actuelle a commencé il y a plus de deux ans par des modifications du caractère, qui est devenu irritable, et par la persuasion qu'une dame de sa maison lui faisait du mal, lui jetait un sort ; en même temps elle ressentait dans l'épigastre des élancements, des secousses, comme des coups d'épée ; puis à ces secousses épigastriques se sont jointes successivement des secousses de tout le corps ; elle a été prise d'une céphalalgie continue ; et à présent, elle a souvent, la nuit, pendant une heure, de la chaleur brûlante de la peau, des frissonnements, sans sueurs consécutives.

L'été dernier, son mari l'a emmenée dans son pays, passer deux mois ; elle y a été saignée, mais l'état est resté le même. Depuis plusieurs mois, la céphalalgie est devenue continue ; aux secousses de l'épigastre se sont jointes des secousses de tout le corps. Depuis six mois, elle disait sentir toujours des odeurs de cabinets d'aisances, de cierges, de morts. Depuis deux mois, pas ou peu de sommeil. Depuis quinze jours, elle a cessé de travailler ; elle s'est rendue à plusieurs reprises au ministère, où travaille son mari, lui disait des sottises, et elle soutenait que ce n'était pas son mari. Pendant ces derniers jours elle s'est mise plusieurs fois en chemise à la fenêtre de sa chambre. Elle a fermé, à plusieurs reprises, en dedans, la porte de son appartement et s'est refusée à ouvrir à son mari, disant que ce n'était pas lui, — qu'elle ne le reconnaissait pas ; — elle n'a pas fait de dépenses exagérées, s'est plainte qu'on lui prenait son linge, ses vêtements, que la concierge portait ses robes. Depuis un mois, la mémoire du temps a été troublée, et elle ne préparait plus les repas pour les heures fixes.

Il y a deux nuits, elle a pris la montre de son mari ; elle est sortie de son appartement et, au moment où son mari l'a rejointe dans l'escalier, elle lui a dit qu'elle allait voir l'heure.

A eu ses règles il y a trois jours, n'a jamais eu d'attaques de nerfs, de perte de connaissance — a toujours été très-impressionnable.

Etat à son entrée. — Apparence d'une bonne santé physique ; est tranquille ; traits réguliers ; pupilles égales, moyennes ; vue bonne ; — mais la nuit, dès qu'elle ferme les yeux, elle voit des plaques blanches ; pas de bourdonnements d'oreilles ; elle entend mieux de l'oreille droite que de la gauche ; oreilles symétriques, bien faites ; odorat normal.

Pas d'ataxie, ni de parésie de la langue.

Diamètre antéro-postérieur maximum	468	millimètres.
Bi-pariétal	id.	446
Bi-auriculaire	id.	436
Temporal maximum		445
Frontal minimum		400

Pas d'engorgement des ganglions cervicaux ; pas de souffle vasculaire ni cardiaque ; pas de douleur ovarienne ; pas d'hyperesthésie ni d'anesthésie de la peau du corps ; pas d'ataxie des membres. Le flux menstruel est en retard de 4 jours ; pas d'hyperesthésie, ni de douleur spinales.

La malade éprouve depuis un an de la céphalalgie continue, et elle en donne pour cause une frayeur que lui a causée une personne de sa maison ; depuis ce temps, dit-elle, elle s'est aperçue que son mari n'est plus le même ; que ses mains, ses pieds ont changé, que sa tête est quelquefois allongée, que son chapeau est singulièrement placé. Les rapprochements sexuels lui ont causé des douleurs qu'elle n'avait pas éprouvées jusque-là ; aussi elle a fait à son mari des scènes violentes.

Jamais elle n'a paru avoir d'hallucinations de l'ouïe, mais elle a eu des hallucinations de l'odorat ; elle était poursuivie par de mauvaises odeurs dont elle accusait son mari ; « c'est dit-elle, comme une odeur de poison. »

Lorsqu'elle est au lit, elle ressent des secousses brusques dans le ventre, le dos, les membres, la tête ; il lui semble qu'on la bat. »

La mémoire, la parole sont faciles. La malade n'a pas conscience de son état maladif. Insomnie. Temp. axill. 36°, 6.

27 février. — Elle dit éprouver depuis son séjour ici une sensation de fièvre qu'elle compare à un bouillonnement intérieur, à des sensations électriques accompagnées de secousses et de frissonnements. Pupilles égales. Pas d'ataxie des lèvres, de la langue. Parole nette.

Elle revient sur les changements qui se sont faits chez son mari. « Il y a, dit-elle, un mystère sur la terre que je ne comprends pas ; je ne sais pas ce que c'est que le mariage ; je me figure qu'on me déguise, qu'on me masque, qu'on fait des orgies sur moi, et des saletés. »

28 février. — Sensibilité et contractilité électro-musculaires et sensibilité à la douleur normales. Un tracé sphymographique montre que la tension artérielle est forte.

5 mars. — Même état. Continuation des secousses, de la

sensation continuelle de frissonnement et de la céphalalgie.

T. axillaire, 37°.

Etant bien convaincu par l'absence de fièvre, d'ataxie, de démence, par l'intégrité de la parole, de la mémoire, de la contractilité, de la sensibilité électro-musculaire et de la sensibilité à la douleur, par l'égalité des pupilles, que la malade n'était pas atteinte de paralysie générale, je commençai à la traiter par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

1^{re} dose, 3 milligrammes.

6 mars. — Aucun effet physiologique, 9 milligr.

7 mars. — A éprouvé de la somnolence et de l'étourdissement, 15 milligr.

8 mars. — 24 milligr.

9 mars. — Après avoir vu son mari au parloir, elle a dit qu'elle n'était pas sûre que ce fût lui, que son air était changé. Somnolence assez prononcée, 30 milligr.

11 mars. — Se plaint d'élancements dans le ventre. Injections sous-cutanées le matin et le soir, celles du soir sont moitié moins fortes que celles du matin. 33 milligr. le matin.

17 mars. — Douleurs épigastriques, qu'elle compare à la sensation que ferait éprouver du poison. La dose du matin est arrivée à 90 milligr.

19 mars. — Epreuve la nuit des secousses qui l'empêchent de dormir. Dose du matin, 120 milligr.

27 mars. — La malade n'a pas présenté de rougeur de la face; elle éprouve peu de somnolence. Elle me parle de *mystère*; me dit entendre dire à côté d'elle: « Elle ne sait pas », et ajoute: « Qu'est-ce que je ne sais pas; c'est à propos de mon mariage; je crois qu'on m'a volé mon mari, qu'on m'a volée; » elle revient sur une idée qu'elle avait déjà formulée, qu'elle ne sait pas ce que c'est que le mariage; il lui semble parfois encore *qu'on fait des orgies après elle*, qu'on lui met de la m... sous elle, dans ses jupons; elle s'imagine qu'on lui change ses vêtements, n'a aucune conscience de son état de maladie. Est assez constipée. Dose du matin, 18 centigr.

8 avril. — 24 centigr.

12 avril. — A des nausées tous les matins.

13 avril. — N'est plus aussi affirmative dans ses conceptions délirantes. Elle a bien reçu son mari; elle me dit qu'elle voyait les pieds de son mari plus longs qu'ils n'étaient. Elle a commencé à travailler à l'atelier. Les injections sont suivies,

après quelques minutes, d'une vive rougeur de la face qui dure deux heures. Dose du matin, 243 milligr.; dose du soir, 120 milligr.

15 avril. — A vomi ce matin pour la première fois.

20 avril. — A bien reçu son mari. 255 milligr.

23 avril. — Ne paraît plus avoir d'illusions. A des vomissements alimentaires depuis 4 à 5 jours.

29 avril. — Menstruation en retard. Même dose.

6 mai. — Elle me dit que lorsqu'elle est entrée ici, elle ne croyait pas être malade; qu'elle voit bien maintenant qu'elle l'était; qu'elle éprouvait du mal de tête; qu'elle trouvait chez son mari des parties du corps plus allongées que d'habitude et qu'elle n'observe plus rien de cela. Dose du matin 27 centigr.

8 mai. — Physionomie ouverte et gaie. Elle engraisse. Même dose.

18 mai. — Dose du matin, 26 centigr.

27 mai. — L'amélioration continue, la physionomie est ouverte; la malade cause avec les autres, recherche la société des employées; reçoit très-bien son mari et lui parle raisonnablement. Dose du matin, 18 centigr.

10 juin. — Même état raisonnable. Santé physique parfaite. Dose du matin, 10 centigr.

1^{er} juillet. — Même état. La dose du matin a été abaissée à 3 centigr.

8 juillet. — Cessation du traitement.

30 juillet. — La malade continue à bien aller. Sort du service.

Mi-novembre. — Je la vois; son état reste normal.

En résumé, cette femme est arrivée dans mon service après 2 ans et plus de maladie diversement traitée.

Les symptômes qu'elle présentait appartenaient à la folie lypémanique et consistaient en illusions, en hallucinations de la sensibilité générale, de la vue, de l'odorat, en secousses de différentes parties du corps, en frissonnements, en conceptions délirantes de nature mystérieuse, en paroles et en actes incohérents et en violences.

Le diagnostic que je portai de folie lypémanique simple s'est fondé sur l'absence de démence, d'amnésie, d'ataxie de la langue, des lèvres, des membres; de troubles de la parole; d'inégalité pupillaire, de fièvre; sur la conservation de l'odorat, de la contractilité et de la sensibilité électro-musculaires

et de la sensibilité à la douleur. Un tracé sphygmographique que je pris, m'apprit encore que la tension artérielle était forte.

Le traitement par la morphine a commencé par une dose faible; les premiers phénomènes physiologiques n'ont été obtenus qu'avec une dose de 36 centigrammes injectée dans les 24 heures et l'amélioration n'a commencé qu'à partir de cette dose.

Le mieux s'est manifesté en 45 jours, par la conscience de son état de maladie, le récit de ses sensations douloureuses passées et des hallucinations et des illusions qui l'avaient obsédée.

Au bout d'un mois, la guérison était complète; la malade était devenue sociable; elle parlait très-raisonnablement à son mari. Sortie de mon service deux mois après sa guérison, elle n'a pas cessé de se bien porter depuis cinq mois qu'elle est sortie de l'hôpital.

Cette observation m'a paru intéressante à vous présenter, en ce que la maladie datait de deux ans et plus, en ce que les phénomènes morbides étaient nombreux et intenses, et en ce que l'amélioration et la guérison n'ont été obtenues qu'après la production de phénomènes physiologiques morphiniques qui ont consisté en rougeur de la face, en diminution de la tension artérielle, en vomissements.

Dans tous les cas où j'ai réussi, ces trois conditions, en particulier, ont dû être obtenues; et il me paraît que les deux premières, c'est-à-dire la rougeur de la face, la diminution de la tension artérielle, indiquent que l'état de spasme et de sthénie vasculaire, cause anatomique, à mon avis, de certaines formes de folie, a été vaincu.

M. MORET. — L'observation que vient de nous lire notre honorable collègue ne répond pas tout à fait aux questions que je lui avais posées. Je lui demandais de vouloir bien nous faire connaître les résultats de sa pratique, de nous poser des indications précises de la médication par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. Il est bien difficile de discuter sur des observations qui ne sont que résumées dans la brochure qui a été publiée par M. Voisin. Cependant, il y a un fait qui frappe tout d'abord, c'est la durée du traitement. Elle est de trois, de quatre, de cinq mois, quelquefois plus. Je demanderai à M. Voisin s'il a pu établir une comparaison entre le nombre des sorties de son service, et le

nombre des sorties d'un autre service; je crois qu'il serait injuste de méconnaître que la plupart des accès d'aliénation mentale aigus évoluent dans une période moyenne de quatre à six mois, que le plus grand nombre des guérisons obtenues par les procédés ordinaires se compte parmi les cas qui ont eu cette durée moyenne. Tout le monde sait qu'il y a des accès d'une durée bien plus courte encore, et pour ma part j'en aurais plus d'un à citer. — Quant aux cas anciens, si les guérisons sont plus rares, elles ne sont pas impossibles. Dans la maison de santé que M. le Dr Mesnet et moi dirigeons, nous venons de voir guérir, après trois ans de maladie, une demoiselle qui nous laissait bien peu d'espoir. C'était un second accès, chez une héréditaire. Elle avait passé par toutes les phases d'un délire maniaque au début, lypémannique ensuite, avec prédominance d'idées suicides. Il est impossible, à moins d'en avoir été témoin, de se figurer tout ce que, pendant cette durée de trois années, cette malade essaya pour se tuer. — Un jour, après son dîner, elle se serra violemment le cou avec sa serviette, et pendant que la domestique était occupée à enlever le couvert, elle passa dans sa chambre à coucher et accrocha sa serviette, nouée et passée à son cou, à l'espagnolette de la fenêtre; la domestique, qui était à deux pas d'elle, l'aperçoit et la retire avec un commencement de strangulation; des soins immédiats rappellent la malade à la vie; pendant quelques jours encore, elle est poursuivie par l'idée du suicide; puis, peu à peu, son état s'améliore, et deux mois après cet acte de délire elle était assez bien pour qu'elle pût sortir. Cette guérison, qui se maintient, prouve que des états même anciens d'aliénation mentale sont quelquefois curables, et qu'en dehors même du traitement par la morphine on peut les observer. — Il y a encore une considération dont il me semble qu'il faut tenir compte. M. Voisin reçoit dans son service une malade qui depuis 2 ans vit chez elle, sans soins d'aucune sorte, sans direction. — Il s'en occupe beaucoup, d'une part; d'autre part, agit l'influence de la discipline de l'asile, de la régularité de la vie. Croit-il que ces conditions nouvelles soient sans influence? Est-il juste d'attribuer à la morphine seule une amélioration dont une part au moins devrait, selon nous, être attribuée au traitement moral?

Je sou mets ces observations générales à l'appréciation de M. Voisin lui-même. Je ne l'ai point critiqué avec un es-

prit de dénigrement, mais je me crois en droit de revendiquer, pour les divers modes de traitement que nous avons tous l'habitude d'employer, bon nombre de guérisons, et de demander qu'on ne se hâte pas trop d'attribuer au traitement par les injections de morphine des résultats qu'on obtient sans elles.

M. FOURNET pense qu'il serait dangereux de considérer la folie comme tributaire de la morphine, et de laisser croire que cette maladie peut être traitée et guérie très-facilement par les injections sous-cutanées d'un narcotique. Une semblable croyance serait funeste à la véritable thérapeutique de l'aliénation mentale, en éloignant les praticiens de tout autre mode de traitement, et en faisant négliger notamment l'emploi si utile des agents moraux.

M. DEIASIAUVE s'étonne des doses considérables de morphine administrées par M. Voisin, et de l'innocuité d'un tel traitement. Quant à l'efficacité de la nouvelle médication, il y oppose les plus formelles réserves, en faisant remarquer que les cas de folie type maniaque, semblables à celui qu'a soigné M. Voisin, guérissent très-souvent soit spontanément, soit par les moyens ordinaires, dans un espace de temps assez court. A l'appui de cette assertion, il cite plusieurs faits empruntés à sa pratique.

M. LUNIER s'élève contre le danger de généraliser un mode ou un système de traitement pour la folie. Chaque cas particulier donne lieu à des indications spéciales et doit être soumis à une médication particulière, et celle-ci doit être subordonnée non-seulement à la nature de l'affection mentale, mais encore à ses causes, à sa marche, à son intensité, à ses complications. Ce sont là autant de sources d'indications qu'il ne faut jamais négliger. Il ne faut pas non plus que la préoccupation exclusive du traitement physique fasse perdre de vue l'importance capitale des soins moraux et d'une bonne direction.

Avant M. Voisin, les Allemands ont beaucoup employé la morphine dans le traitement de la folie ; mais, loin de la préconiser comme méthode générale, ils ont cherché à en spécialiser l'usage, et ils ont fini par l'appliquer surtout aux aliénations névropathiques, à celles qui ont pour point de départ ou pour épiphénomènes des points névralgiques ou des manifestations douloureuses plus ou moins nettement localisées.

Ce qu'il y a d'essentiellement nouveau dans la méthode de M. Voisin, ce sont les doses exceptionnellement élevées de

chlorhydrate de morphine qu'il administre à ses malades.

M. VOISIN répond qu'il connaissait les travaux des Allemands avant d'entreprendre ses recherches; seulement le système de ces médecins diffère essentiellement du sien. Les Allemands n'emploient la morphine, chez les aliénés, que pour combattre l'élément douloureux ou névralgique, qu'ils regardent comme une sorte d'aura, comme la cause déterminante et excitante de la folie.

M. VOISIN a recours à la morphine non-seulement dans les mêmes cas, mais encore dans toutes les formes ou toutes les périodes de la folie où il existe un état de spasme nerveux, de sthénie vasculaire, de tension artérielle, très-appreciable au sphygmographe. Cet état, qui est très-fréquent, au début de la plupart des aliénations mentales et dans le cours des formes anxieuses, constitue une indication formelle à l'emploi des injections de morphine. Ce médicament agit alors efficacement en faisant cesser les spasmes vasculaires et l'éréthisme nerveux, en opérant une véritable et rapide détente. Mais pour obtenir plus sûrement ce résultat, il faut pousser les doses de sel de morphine jusqu'à l'apparition des phénomènes physiologiques, rougeur de la face, nausées, vomissements, etc.

M. VOISIN, en terminant, invoque l'autorité de M. le Dr Roller, médecin en chef d'Illenaü, qui emploie aussi, avec succès, les injections de morphine dans la folie avec hallucinations.

M. LEGRAND DU SAULLE a vu, dans trois cas, les injections de morphine produire chez les aliénés des accidents toxiques sans améliorer leur état mental.

M. MAGNAN objecte à M. VOISIN que les aliénés traités par sa méthode sont sujets à de fréquentes et rapides récidives. Beaucoup d'entre eux reparaissent au bureau central d'admission au bout de 8, 10 ou 12 jours.

M. VOISIN répond qu'il n'a pas la prétention d'empêcher les rechutes, mais qu'avec la morphine il a pu arrêter des récidives chez des malades, qui sont atteints, avant la folie, de phénomènes précurseurs qu'il est arrivé à connaître chez les aliénés qu'il a guéris.

Sur la proposition de M. Blanche, appuyée par MM. Lunier et Motet, la Société décide que la question du traitement de la folie par les injections de morphine sera soumise à l'étude d'une commission qui sera nommée ultérieurement.

La séance est levée à 6 heures et demie. D^r LINAS.

REVUE ANTHROPOLOGIQUE.

(Années 1871 et 1872.)

Mort de Guillard. — Broca, *déformation toulousaine du crâne.* — Bertillon, *mariages consanguins.* — Voisin, *lésions anatomiques du crâne et du cerveau chez un imbécile.* — Broca, *asymétrie du crâne dans un cas de torticolis chronique.* — Giraldès et Lecourtois, *lésions rachitiques du crâne.* — Vincent, *albinisme dans une famille de nègres du Gabon.* — Lagneau, *des cagots.* — Pinart, *mœurs des Indiens Koloche.* — Broca, *du développement du cerveau par l'éducation.* — *Etudes de crâniométrie ; crâniophore de Topinard ; mode de mensuration de la capacité crânienne, par Broca.*

Nous allons résumer rapidement, dans cet article, ceux des travaux contenus dans les Bulletins de la Société d'Anthropologie des années 1871 et 1872, qui ont le plus de rapport avec les études médico-psychologiques. Nous espérons donner prochainement l'analyse de ces Bulletins, pour les années 1873 et 1874, et en continuer, à l'avenir, la revue annuelle comme nous le faisons avant les événements de 1870.

Après une interruption forcée d'une année entière, la Société d'Anthropologie a repris ses travaux, le 6 juillet 1874, sous la présidence de M. Gaussin, et son premier acte a été un regret et un hommage consacrés à la mémoire de M. Guillard, jeune homme de la plus grande espérance, qui avait déjà donné des gages sérieux à la science et aux lettres, et qui s'était acquitté, pendant plusieurs années, de la manière la plus active et la plus utile, des fonctions d'agent de la Société. Après avoir noblement rempli ses devoirs militaires pendant le siège de Paris, et avoir pris part à plusieurs faits d'armes importants, Léon Guillard, avocat, et sur le point de passer sa thèse de docteur en droit, fut frappé à mort, le 49 janvier 1874, au combat de Buzenval, par une balle prussienne qui l'atteignit au front. M. Dally s'est fait l'interprète ému des sentiments unanimes de chagrin inspirés aux membres de la Société par la perte d'un collègue dont, ainsi qu'il l'a dit, chacun de ceux qui l'ont connu conservera un souvenir cordial et patriotique.

La présentation par M. Broca du crâne d'une femme morte

à la Pitié, dans le service de M. le professeur Lasègue et offrant, à un haut degré, la déformation dite toulousaine (séance du 17 août 1874), a été l'occasion d'une discussion intéressante sur la question, déjà si souvent débattue, de l'influence exercée sur les facultés intellectuelles par les déformations mécaniques du crâne, et sur le point de savoir si ces déformations sont susceptibles de se transmettre par la génération. On a été à peu près d'accord pour résoudre ces deux questions, et surtout la dernière, par la négative; nous partageons entièrement cette opinion et nous ne voyons pas ce que l'on pourrait objecter au dernier argument de M. Broca faisant remarquer que les jeunes israélites continuent à naître avec un prépuce complet, bien que, depuis Abraham jusqu'à nos jours, leurs aïeux n'aient cessé, à chaque génération, d'être circoncis.

Un mémoire de M. Bertillon a remis sur le tapis la question de l'influence des mariages consanguins. D'après l'auteur, dont nous nous bornons à résumer ici l'exposé, les empêchements émis par plusieurs législations anciennes aux unions entre membres rapprochés d'une même famille, auraient eu uniquement un but de moralité, celui de sauvegarder la pureté du toit domestique; aucune considération physiologique n'aurait dicté ces restrictions. Aucun fait n'établirait, non plus, que les unions consanguines aient pu avoir une action nuisible sur les collectivités humaines, et les prétendus exemples de nations, de tribus ou simplement de races, s'éteignant par cette cause, seraient sans valeur, car aucun ne serait reconnu exact. En serait-il autrement des familles? Serait-il démontré que les mariages consanguins sont particulièrement favorables à la production de la surdi-mutité, des grandes névroses telles que l'épilepsie, la chorée, l'idiotie, ou des cachexies lymphatique, scrofuleuse, rachitique, etc. Malgré un grand nombre de cas de ce genre rapportés dans la science, l'auteur ne croit pas que la démonstration soit faite à cet égard. En effet, bien des faits contradictoires peuvent être invoqués en faveur de la thèse opposée, et, du reste, ajoute M. Bertillon, les adversaires des unions consanguines ont brillé, dans cette discussion, moins par la méthode et la rigueur scientifiques que par la passion et leur zèle à collectionner des faits sans impartialité, sans critique (1).

(1) Le travail très-probant publié dans le dernier numéro

Cependant, en admettant même que les infirmités précédemment énumérées soient particulièrement fréquentes parmi les descendants d'époux consanguins, toutes ces dégénérescences devraient-elles être attribuées à la consanguinité seule, qui les ferait naître par une sorte de malignité propre, ou bien ne seraient-elles pas un simple fait d'hérédité morbide ? C'est là, en effet, tout le problème des effets de la consanguinité. M. Bertillon pencherait évidemment pour la seconde interprétation, et il est tout porté à croire, que « si une famille est entachée d'affections héréditaires et que ses membres se marient entre eux, le vice héréditaire doit aller s'aggravant, et peut-être plus rapidement encore qu'il n'arriverait par le fait d'un mariage entre deux familles étrangères l'une à l'autre, mais entachées l'une et l'autre du même vice » (page 291).

Il reconnaît, néanmoins, que l'on ne peut avoir à cet égard que des présomptions, car les documents pour établir la fréquence relative des faits rapportés manquent absolument, et ce sont là les véritables éléments du problème, sans lesquels aucune démonstration n'est rigoureuse.

Sans prendre personnellement part dans le débat, nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer à M. Bertillon qu'admettre que le vice héréditaire peut, lorsque les conjoints, tous deux entachés, appartiennent à une même famille, s'aggraver plus rapidement que s'ils appartenaient à deux familles différentes, c'est admettre précisément cette malignité propre de la consanguinité qui, en principe, lui paraît si peu admissible. Pour être logique dans la dégénérescence des produits d'époux, entachés tous deux et consanguins, il devait voir un fait d'hérédité morbide absolument simple et non d'hérédité morbide aggravée.

Que faut-il donc penser, en résumé, de la consanguinité ?

D'après M. Bertillon, « elle apparaît comme un moyen de sélection fort puissant pour faire vite évoluer le fond et le tréfond organique (pathologique ou sain) des familles ; c'est une pierre de touche signalant tout de suite certaines impuretés d'un sang, qui, sans cette épreuve redoutable, pourrait par une sorte de diffusion, les entraîner dans la masse sociale, tandis que les familles indemnes de ces vices

des *Annales médico-psychologiques*, par M. Binet, nous paraît échapper à ces reproches.

» retrempe, doublent au contraire, dans la consanguinité,
 » leur résistance et leur vertu, et en sortent plus fécondes,
 » plus saines que jamais. »

Que peut donc faire le législateur dans cette question ? Evidemment, il ne doit encore intervenir, ni dans un sens, ni dans l'autre ; mais il lui appartient d'organiser toutes les enquêtes publiques que lui seul a devoir et puissance de faire faire et qui sont de nature à élucider cet important problème familial et social.

A cette communication de M. Bertillon a succédé une discussion qui ne nous paraît pas avoir apporté de fait bien nouveau dans une question déjà si discutée et, cependant encore obscure. Nous nous contenterons de rapporter la formule par laquelle M. Sanson a résumé ses nombreuses études faites à cet égard sur différentes espèces animales, formule qui, du reste, a paru être généralement acceptée par les membres prenant part à la discussion et qui est celle-ci : « La consanguinité élève l'hérédité à sa plus haute puissance. » Que répondrait-on à ceux qui prétendraient que, fût-ce là tout son rôle, elle ne manquerait pas encore de montrer en cela une certaine malignité propre ?

M. Auguste Voisin a fait à la Société, dans sa séance du 4 janvier 1872, une communication relative aux altérations organiques du crâne et du cerveau dans l'imbécillité. Il s'agissait d'une femme qui ne présentait, paraît-il, aucune prédisposition héréditaire aux affections nerveuses et dont l'intelligence s'était développée normalement jusqu'à 7 ans. A cet âge elle eut une fièvre typhoïde très-grave accompagnée d'accidents cérébraux intenses. Depuis lors, son intelligence fut arrêtée dans son développement ; elle ne profita que très-imparfaitement de l'éducation qui lui fut donnée ; elle put néanmoins être mariée, mais elle fut incapable de tenir son ménage et de s'acquitter de ses devoirs domestiques. Plus tard, son imbécillité se compliqua de délire sensoriel et intellectuel et à l'âge de trente ans, elle dut être placée comme aliénée à la Salpêtrière, où elle mourut par cause accidentelle.

La tête était mal conformée ; trop étroite latéralement, elle était trop élevée au sommet, et le front présentait, à sa partie moyenne et médiane, une saillie arrondie qui inclinait un peu à gauche. A l'autopsie on constata l'augmentation de toute la voûte du crâne, et plus encore celle de la base. Le sphénoïde

était partout hypertrophié et les apophyses d'Ingrassias, en particulier, étaient trois fois plus volumineuses que de coutume ; par le microscope on constata l'hypertrophie d'un grand nombre de cellules osseuses, et le rétrécissement de la plupart des canaux de Havers. L'examen microscopique de portions de la substance grise des circonvolutions frontales montra des cellules graisseuses dans les parois de beaucoup de vaisseaux, des cellules très-altérées présentant une dégénérescence pigmentaire, de l'atrophie du protoplasma, la disparition des prolongements secondaires et l'atrophie des cylindres-axes.

Dans la même séance, M. Broca a fait une communication très-intéressante sur une cause non encore indiquée de déformation crânienne. Il avait reçu dans son service à la Pitié, un blessé qui portait, à un haut degré, la déformation de la face décrite, dans les auteurs classiques, comme une des suites du torticolis chronique survenu pendant la période de croissance. Cet homme était peu intelligent ; le côté gauche de sa face était notablement atrophié, l'œil gauche faible, l'oreille de même. M. Broca pensa que la cause qui avait produit l'inégalité de la face pouvait avoir eu une action identique sur le crâne et l'encéphale. Il fit raser les cheveux du sujet pour mouler son crâne et ses prévisions furent confirmées ; le côté gauche du crâne présentait moins de hauteur et moins de convexité que le côté droit. Quant à la cause commune de l'atrophie unilatérale du crâne et de la face, l'auteur est disposé à la voir dans l'entrave apportée à la circulation du côté dévié, la courbure permanente de la carotide constituant un obstacle assez considérable à la force d'impulsion du flot artériel. Cette question est entièrement nouvelle et assurément fort intéressante ; elle mérite d'être attentivement constatée, et la production du plus grand nombre possible de faits est le seul moyen de l'éclaircir. Le personnel des asiles d'aliénés doit comprendre un certain nombre de sujets qui se prêteraient très-bien à cette étude.

M. Giraldès, pour fournir des preuves du rachitisme crânien a présenté (séance du 1^{er} février 1872) quatre pièces, dont une base de crâne, une voûte et deux pariétaux, sur lesquelles on constate, d'après lui, les effets de l'hypertrophie cérébrale sur les os préalablement malades. La substance de l'os a disparu en nombre de points, non sous l'influence des vaisseaux, mais sous la pression des circonvolutions qui ont si profondément

marqué leur empreinte à la surface interne du crâne qu'un moule intra-crânien les ferait apparaître presque toutes. Or, la matière osseuse a été refoulée, et les deux périostes ont été accolés précisément dans les points les plus saillants des dites circonvolutions. Revenant sur cette question, M. Lecourtois a lu, dans la séance du 7 mars 1872, un long mémoire dans lequel il s'est proposé d'étudier la valeur des modifications morphologiques du crâne qui ont été attribuées au rachitisme. Nous ne pouvons faire l'analyse de cet important travail, à cause de la très-grande multiplicité de citations, de faits et de mesures qu'il renferme ; aussi ne pouvons-nous que renvoyer aux bulletins ceux qui désireraient en faire une étude spéciale.

Un exemple curieux de la production de certaines anomalies congénitales, chez des enfants issus de parents ne présentant aucune anomalie analogue, a été cité par le D^r Louis Vincent, médecin de première classe de la marine (séance du 4 avril). Nous le rapportons ici, quoiqu'il ne concerne pas les maladies nerveuses, parce qu'il peut être comparé à la production accidentelle de certaines infirmités congénitales du système nerveux. Il s'agit de quatre cas d'albinisme observés au Gabon dans une même famille. L'albinisme, paraît-il, ne serait pas très-rare chez les différentes peuplades noires de ce pays, mais on a rarement l'occasion de l'étudier, parce que ces nègres, très-superstitieux, considérant la naissance d'un enfant albinos comme une vengeance du ciel et une menace pour la tribu, le vouent ordinairement à la mort. L'exception dans le cas actuel tient surtout aux conseils des missionnaires catholiques et à leur surveillance rigoureuse.

Le père et la mère ont la peau complètement et uniformément noire, sans la moindre trace d'albinisme ; ils ont l'un et l'autre une intelligence normale ; ils ont eu dix enfants, tous venus à terme, dans l'ordre suivant :

- 1^{re} grossesse. Un garçon albinos, vivant.
- 2^e — Deux jumelles noires, mortes.
- 3^e — Une fille albinos, vivante.
- 4^e — Une fille noire, vivante.
- 5^e — Une fille noire, vivante.
- 6^e — Une fille albinos, vivante.
- 7^e — Une fille noire, vivante.
- 8^e — Une fille noire, morte.
- 9^e — Un garçon albinos, vivant.

On remarquera que chacun des enfants albinos sont séparés les uns des autres par deux enfants noirs, et que le premier et le dernier enfant de la série sont des albinos.

L'aîné de tous a seize ans; il a été élevé à la mission catholique, il sait lire et écrire, parle le français d'une manière convenable et n'est pas moins intelligent que la moyenne des autres Gabonnais; la généralité de la conformation, et notamment les traits du visage sont ceux de la race nègre.

Dans la séance du 20 juin, M. Lagneau a résumé devant la Société, un article publié par lui dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* et relatif aux cagots des Pyrénées. Rappelant l'étude qui en a déjà été faite par notre collègue, le D^r Auzouy, l'auteur montre que les cagots ne constituaient pas des individualités morbides affectées de lèpre, de goître, de crétinisme, mais semblaient appartenir à une race différente des populations au milieu desquelles ils vivaient; déjà, dans une précédente communication, M. le D^r Lagardelle avait représenté les *colliberts*, *huttiens* ou *niolours* des marais mouillés des Deux-Sèvres, comme des débris de l'ancienne population gauloise, restant isolés et inaltérés, après l'invasion des Barbares, au milieu des nouveaux habitants du sol; il en serait de même des gahets de la Guyenne, des cagneux de notre Bretagne, des caeths du pays de Galles.

Les cagots se distingueraient par leurs cheveux blonds, leurs yeux bleus, leur peau blanche, l'adhérence ou l'absence du lobule de l'oreille; cette dernière conformation auriculaire serait considérée comme leur étant spéciale, bien que l'on puisse peut-être l'observer accidentellement chez d'autres individus.

M. Alp. Pinart est un jeune voyageur qui, par amour de la science, a exploré, à ses risques et périls, pendant près de deux ans les côtes peu visitées et presque inconnues du nord-ouest de l'Amérique septentrionale, et la Société d'anthropologie a été heureuse, en lui faisant un bon accueil, d'encourager l'esprit d'initiative individuelle dont il a fait preuve.

En entrant dans la Société, M. Pinart lui a communiqué (séance du 7 novembre 1872) des notes relatives à une des tribus indiennes qui habitent la côte du Pacifique et les îles voisines vers le nord du continent américain. Cette tribu est celle des *Koloches* et comprend une population d'environ 6,500 individus. De l'ensemble des renseignements donnés sur leur

compte, nous croyons devoir extraire les suivants qui ne peuvent guère se concevoir qu'en les rattachant au groupe si nombreux des aberrations de l'esprit humain et qui nous offrent le tableau d'une pratique, généralement adoptée par toute une population, et aussi barbare que les mutilations que nous voyons quelques aliénés s'infliger, individuellement, de loin en loin ; il s'agit de l'habitude de la flagellation que s'imposent les hommes de la tribu des Koloches : la flagellation dont M. Pinart a été témoin, « se passe toujours en hiver et dans la matinée au moment des plus fortes gelées. Quand l'opération doit avoir lieu, le plus vieil habitant du village sort sur le rivage et fait apporter près de lui des verges; tenant quelques-unes de ces verges, il va droit au rivage ; alors le plus brave de ceux qui se baignent sort de l'eau et présente sa poitrine au vieillard ; celui-ci se met à le battre le plus fort qu'il lui est possible, jusqu'à ce qu'il soit lui-même fatigué ou qu'un autre se présente. Les plus braves d'entre les baigneurs, après cette flagellation, prennent des pierres aiguës et se déchirent la poitrine et les mains jusqu'au sang, se blessant même quelquefois assez profondément ; ils se jettent ensuite à la mer, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'ils aient perdu connaissance. On les enlève alors et on les porte dans leur yourte (hutte) où on les enveloppe de peaux ou de couvertures en les plaçant auprès du feu.

» Cette flagellation n'est pas aussi douloureuse, au dire des Koloches, que cela pourrait le paraître ; mais celle qui se fait le soir, dans l'intérieur des yourtes, auprès du feu, passe chez eux pour une opération terrible ; aussi a-t-elle lieu beaucoup plus rarement. Voici comment on procède : quand tout le monde se rassemble dans la yourte, tout à coup à un signal convenu, un des vieillards du village se lève, on lui apporte des verges, il en prend deux ou trois et celui qui s'est décidé à se faire flageller pour recevoir le titre de *brave* se dépouille de ses vêtements et offre aux coups sa poitrine nue. Le vieillard le bat, tantôt sur la poitrine, tantôt sur le dos et les flancs jusqu'à ce que le corps du patient ne soit plus qu'une affreuse plaie ; pendant tout ce temps, il doit demeurer silencieux, sans proférer un gémissement, sans accuser, par aucun signe, sa souffrance. Il est alors déclaré *brave* et rien au monde ne peut plus lui retirer ce titre une fois gagné. Mais si, par malheur il laisse échapper le moindre gémissement durant l'opération, alors il est re-

» gardé comme un être sans courage et il est souvent obligé de
 » quitter le village pour se soustraire à la risée de ses con-
 » citoyens. »

Il est généralement reconnu que le fonctionnement régulier des organes favorise leur développement, et se fondant sur cette notion acquise, l'hygiène est parvenue à augmenter, par un entraînement spécial, la puissance de certains organes. Le cerveau fait-il exception à cette loi ? Peut-on, par le fonctionnement et l'éducation, exercer quelque influence sur son développement. L'analogie autorise à considérer cette influence comme probable, mais en pareille matière, les inductions ne pourraient suffire et la preuve directe est indispensable.

Voulant contrôler les mensurations déjà faites à cet égard par Parchappe, et rendre ses résultats plus démonstratifs en les obtenant à l'aide de catégories plus comparables, M. Broca choisit comme représentants de la classe illettrée, les infirmiers de l'hospice de Bicêtre, où il était alors chirurgien, et il les mit en parallèle avec les internes, définitifs ou provisoires, du service médical ou pharmaceutique de l'établissement. Ces jeunes gens formaient sans doute tous ensemble, une catégorie de choix, puisqu'ils devaient leur nomination au concours ; mais les positions qu'ils occupaient sont accessibles à la plupart des étudiants laborieux et persévérants, et ils représentaient très-bien la catégorie des hommes qui, après avoir reçu l'éducation du collège, continuent encore à cultiver leur esprit, sans pour cela être des génies, ni même des intelligences hors ligne. Sans rapporter ici les tableaux des chiffres obtenus par l'auteur, nous dirons que comme résultat d'ensemble, la tête des internes s'est trouvée être beaucoup plus volumineuse que celle des infirmiers, sans que cet excédant soit proportionnel dans les différentes régions du crâne. Ainsi, par exemple, la circonférence horizontale de la tête étant partagée en deux portions, l'une frontale ou antérieure et l'autre occipitale ou postérieure, il s'est trouvé que chez les infirmiers la courbe frontale était plus courte que l'occipitale, tandis que précisément le contraire avait lieu chez les internes, ce qui indiquait chez ces derniers la prédominance du développement des lobes frontaux. L'éducation qu'ils ont reçue a donc fait fonctionner leur cerveau, et en a favorisé le développement, mais le travail intellectuel met surtout en jeu les lobes an-

térieurs du cerveau et ce sont, en effet, ceux qui se sont développés davantage.

On peut donc dire d'une manière générale, que la culture de l'esprit et le travail intellectuel augmentent le volume du cerveau et que cet accroissement porte principalement sur les lobes frontaux qui sont le siège des facultés les plus élevées de l'intelligence (séance du 5 décembre 1872).

Terminons cette revue, en signalant deux nouvelles communications relatives aux procédés et appareils applicables à la crâniométrie. La première concerne un nouveau *crâniophore* ou *crâniostat*, préconisé par M. Topinard et qui a pour avantage, d'une part, d'être d'une très-grande simplicité et de pouvoir être exécuté, à très-peu de frais, et en très-peu de temps, par n'importe quel menuisier, d'autre part, de permettre de préparer pour l'étude, en quelques secondes, n'importe quel crâne, en le plaçant dans une position où les axes orbitaires sont horizontaux (séance du 5 décembre).

La seconde, beaucoup plus importante, et l'une des plus intéressantes que l'on puisse lire sur ce genre de questions, est un long mémoire de M. Broca sur la mensuration de la capacité du crâne, par le cubage ou le jaugeage de cette cavité.

On peut dire, d'une manière générale, que la capacité du crâne croît ou décroît avec le volume de l'encéphale et que par conséquent, la comparaison des capacités équivaut à peu près à celle des cerveaux eux-mêmes.

Sans doute, il faudrait mieux pouvoir étudier directement ces derniers, et notamment les soumettre à des pesées rigoureusement comparables, mais pour les cerveaux des sujets étrangers aux races d'Europe, les pesées cérébrales sont très-peu nombreuses, et la plupart entachées de causes d'erreurs; aussi s'écoulera-t-il probablement bien des années avant que la science possède les éléments nécessaires pour déterminer, par une étude directe, l'influence de la race sur le poids de l'encéphale.

En attendant que ce moment soit venu, le cubage des crânes fournit une donnée qui, pour n'être qu'approximative, n'en est pas moins très-valable. Il ne fait pas connaître exactement le volume du cerveau, puisque la capacité du crâne est toujours supérieure à ce volume, mais elle le surpasse d'une quantité qu'on peut, sans grande erreur, considérer comme lui étant à peu près proportionnelle, et l'on ne peut méconnaître l'impor-

tance du cubage des crânes sans nier du même coup la valeur anthropologique des pesées cérébrales.

La détermination du volume du cerveau, ou, ce qui revient au même, de la capacité crânienne est donc un des éléments essentiels de l'étude des races. Si la plupart des anthropologistes l'ont négligée jusqu'à présent, cela doit être attribué principalement au peu de fixité, au peu de précision des procédés de mensuration, et au peu de concordance des résultats obtenus par les divers observateurs. Et cette incertitude ne dépend pas seulement de la nature du procédé employé, elle dépend encore de la main de celui qui l'applique. Faites cuber le même crâne, suivant le même procédé, par deux personnes successives, et vous pourrez obtenir ainsi des différences de plus de cinquante centimètres cubes. Enfin, ce qui est pis encore, faites cuber plusieurs fois de suite le même crâne par la même personne, et vous pourrez obtenir encore des différences presque aussi grandes que dans le cas précédent.

Frappé de ces inconvénients, M. Broca a fait un grand nombre d'expérimentations sur les différents procédés proposés et il a fini par en adopter un qui, sans être irréprochable, lui paraît supérieur à tous les autres, en ce sens qu'il lui permet d'obtenir, à l'aide de certaines précautions, des résultats suffisamment fixes et suffisamment exacts.

Le plus ancien procédé employé fut celui du cubage par l'eau; Saumarez s'en servit en 1798 pour mesurer trente-six crânes d'Européens et un crâne de nègre, et il trouva que ce dernier était le plus petit de tous, résultat qui ne peut inspirer que très-peu de confiance.

Hamilton, le premier, vers 1834, substitua aux liquides les corps solides, et cuba les crânes en les remplissant de sable de mer, bien homogène, bien fin et bien sec. Ce procédé est encore en usage en Angleterre, et pour éviter les causes d'erreur qui résultent des différences de densité des différents sables, on y est convenu d'employer toujours le sable de mer de Calais.

Tiedeman substitua au sable, les grains de millet et parcourut, le mil et la balance à la main, un grand nombre de musées scientifiques, avec l'idée préconçue de démontrer que la capacité crânienne est la même dans toutes les races humaines. Il jaugea ainsi 489 crânes, et trouvant que, dans toutes les races, la majorité des crânes jaugeait entre 32 et 42 onces de mil, il se contenta de donner, pour chaque groupe de races, le

maximum et le minimum des mesures individuelles ; puis, sans prendre la peine d'additionner les colonnes de ses tableaux, ni essayer de prendre les moyennes, il conclut que la capacité du crâne était partout la même et que le crâne des nègres n'était pas plus petit que celui des Européens.

Ce travail d'additions et ce calcul des moyennes, M. Broca l'a entrepris sur les tableaux de Tiedeman et il est arrivé à un résultat tout différent, c'est-à-dire qu'il a trouvé que la capacité moyenne du crâne d'Européens l'emporte d'environ 142 centimètres cubes sur celle du crâne nègre. Voici donc les conclusions de Tiedeman complètement renversées avec ses propres chiffres.

Le millet du reste est un agent de mensuration très-infidèle à cause de l'inégalité avec laquelle il se tasse suivant le mode opératoire que l'on emploie. Philipps de Philadelphie crut mieux faire en y substituant les grains de moutarde blanche et son procédé fut adopté par Morton de Philadelphie pour les mensurations publiées dans son grand ouvrage sur les *Crânia americana*. Cependant Morton reconnut plus tard que la graine de moutarde blanche, elle aussi, est infidèle, et il crut avoir enfin trouvé une méthode exacte en employant, à cet usage, du plomb de chasse de petit calibre. Mais ici encore les différences de tassement introduisent de grands écarts dans les résultats, suivant la hauteur d'où l'on fait tomber le grain, la rapidité avec laquelle on le verse, la manière dont on secoue le crâne dans lequel il tombe.

M. Broca eut d'abord l'idée de faire pénétrer, dans la cavité crânienne, une vessie de caoutchouc vulcanisé, à paroi mince, de la distendre aussi complètement que le permettaient les parois osseuses avec de l'eau, et de mesurer cette eau. Quelques essais furent faits, mais les vessies se coupèrent sur la lame carrée qui forme le bord postérieur de la selle turcique. Il revint alors au procédé du petit plomb, mais en le bourrant fortement avec un fuseau de bois long et conique, de manière à faire remonter le plomb dans les parties de la boîte crânienne situées au-dessus du plan du trou occipital, et à le tasser partout également. Cependant, remplir le crâne, d'une manière égale et méthodique, n'était qu'une partie du problème ; il restait encore à mesurer la quantité de petit plomb ainsi contenue dans le crâne, et ici l'expérimentation vient se heurter à de nouvelles causes d'erreurs inattendues, résultant de la manière très-différente dont le plomb se comporte suivant la forme du

vase où on le renverse et de la manière dont on le verse.

Nous ne pouvons entrer ici dans le détail des nombreuses expériences faites par M. Broca, pour étudier les lois de la *granulistique*, nom qu'il propose de donner à cette nouvelle branche de la physique, qui n'est pas même signalée par les auteurs. Il est indispensable, si l'on veut se pénétrer du sujet, de lire attentivement les cinquante pages que M. Broca lui consacre, étudiant chaque phase des opérations successives qui constituent la mensuration de la cavité crânienne avec une minutie de détails qui ne paraît laisser la place à aucune possibilité d'erreur.

Le procédé définitif qu'il décrit est le résultat de recherches qui ont duré plusieurs années, et il n'a été définitivement réglé que depuis peu de mois; les résultats qu'il donne sont aussi fixes et aussi rapprochés de l'exactitude absolue que cela est possible. Son adoption a eu un premier résultat qui ne serait guère propre à satisfaire l'auteur s'il n'était, avant tout, dominé par le désir d'arriver à la connaissance parfaite de la vérité; c'est de le contraindre à recommencer le cubage des nombreuses séries qu'il a cubées de 1864 à 1872 et qui forment un total de plus de 4,200 crânes; en effet, les perfectionnements successifs qu'il a apportés à son manuel opératoire lui ont fait reconnaître que ses anciennes mensurations sont inférieures de 20 à 30 centimètres cubes aux capacités réelles des crânes mesurés.

Les résultats antérieurement obtenus par d'autres auteurs sont encore plus erronés, et l'on peut considérer tout ce qui a été fait jusqu'ici comme sans valeur réelle. En effet, dit M. Broca en terminant, « les matériaux déjà si nombreux qui existent » déjà dans la science ne constituent qu'une richesse apparente. » En réalité tout est à recommencer, et j'aurais peut-être mauvaise grâce à parler ainsi de recherches faites par des hommes tels que Morton, Meigs, Bernard Davis, Welcker, Man-tegazza, etc., si je n'avais commencé par me condamner moi-même à réviser mes propres travaux. (*Mémoires de la Société d'anthropologie*, série II, t. 1 p. 63 à 152).

D^r Ach. FOVILLE.

BIBLIOGRAPHIE.

Études de physiologie et de pathologie cérébrales. — Des actions réflexes du cerveau dans les conditions normales et morbides de leurs manifestations, par M. J. Luys, médecin de la Salpêtrière.

« Le but que nous avons essayé de poursuivre dans ce travail est de montrer qu'il y a, parmi les phénomènes de l'activité cérébrale, toute une série de manifestations tant normales que pathologiques qui sont de nature réflexe, qu'elles sont en tout point comparables aux manifestations similaires dont la moelle épinière est le siège, et qu'elles s'exercent d'une façon automatique et la plupart du temps en dehors de la volonté et de la personne consciente.

» Dans l'exposé des phénomènes que nous allons ainsi passer en revue, nous avons ainsi adopté les dispositions suivantes :

» Après avoir rappelé d'une façon rapide les principaux caractères des actions réflexes purement spinales, et montré les lois générales qui président à leur mécanisme et à leur évolution, nous examinerons successivement en quoi les actions réflexes cérébrales s'en rapprochent et en quoi elles en diffèrent, tant sous le double rapport de la constitution du substratum organique qui sert à leur manifestation, que des conditions générales dynamiques en vertu desquelles elles se révèlent au dehors. »

Ces premières lignes du nouvel ouvrage de M. Luys, indiquent, de la manière la plus nette, le but que l'auteur s'est proposé, et la méthode qu'il a employée pour l'atteindre. Elles suffisent pour faire deviner l'intérêt qui s'attache à ces nouvelles études de notre laborieux collègue, et pour montrer qu'après avoir analysé, avec le soin minutieux que l'on sait, les détails de la structure anatomique des centres nerveux, il entend faire connaître, au moins sous un de ses aspects, l'ensemble synthétique des fonctions de ces organes et de l'unité de mécanisme qui, malgré une grande diversité de manifestations extérieures, domine en réalité tout leur fonctionnement.

L'idée des actions cérébrales réflexes n'appartient pas en propre à M. Luys. Elle se retrouve exprimée, d'une manière

plus ou moins explicite, dans un grand nombre des travaux récents relatifs à la physiologie et à la pathologie du système nerveux; elle est de celles qui, en raison du courant des études physiologiques modernes, tendent à s'acclimater d'une manière pour ainsi dire inconsciente et spontanée dans l'esprit des observateurs, et qui se trouvent, à un moment donné, faire partie de leurs notions acquises, sans qu'il leur soit facile de dire au juste où et comment ils en ont puisé la connaissance.

Il n'en était que plus utile de formuler d'une manière nette ce que tout le monde sentait d'une manière généralement assez vague, et de substituer, dans l'esprit des praticiens, une théorie scientifique et une méthode rigoureuse de démonstration à la notion plus ou moins indécise dont ils avaient l'intuition.

Pour moi cette étude systématisée m'a d'autant plus intéressé que j'étais déjà disposé à faire à ces actions réflexes, une très-large part dans le fonctionnement et dans la pathologie du cerveau.

La théorie des mouvements réflexes, produite par la mise en jeu du pouvoir excito-moteur de la moelle, est trop connue pour qu'il soit utile de la reproduire ici; il suffit de rappeler avec M. Luys, que toute manifestation réflexe se divise en trois temps :

« 1° Un premier temps, ou période d'incidence, dans lequel » l'incitation arrive à la substance grise spinale.

» 2° Un deuxième temps, période intermédiaire, qui correspond au moment où l'excitation se propage et suscite l'activité des éléments nerveux mis en branle.

» 3° Un troisième temps, ou période d'émission, qui correspond au moment où l'élément primordial, poursuivant son évolution, se fait jour au dehors, et s'exporte le long des » conducteurs centrifuges.

Le mouvement réflexe résulte donc d'une transformation de force en vertu de laquelle les incitations sensibles périphériques sont converties en réactions motrices; ou, d'une manière encore plus brève, les mouvements réflexes ne sont autre chose que de la sensibilité transformée; et il faut ajouter que lorsque les fonctions de la moelle sont abandonnées à elles-mêmes, soustraites par conséquent à l'influence du cerveau, cette transformation est automatique, inconsciente, inévitable, réellement fatale. « Il faut que la grenouille privée de lobes cé-

» rébraux, mise dans l'eau, nage; de même qu'il faut que le pigeon sans lobes cérébraux, vole (Onimus, *Journal d'anatomie* de Robin, 1873, p. 546).

Partant de ces notions aujourd'hui bien acquises et hors de discussion, M. Luys voit, dans la structure de la couche corticale du cerveau, une réunion d'éléments nerveux qui, tant par leurs caractères propres que par leurs relations réciproques, lui paraissent très-analogues aux éléments spinaux, et de la similitude du substratum matériel, il se croit autorisé à conclure, non sans vraisemblance, à la similitude du fonctionnement. Dans cette hypothèse, les impressions sensorielles, qui, on le sait, se centralisent toutes, d'après lui, dans les couches optiques, seraient transmises de là aux cellules corticales les plus superficielles, sous-méningitiques, c'est-à-dire à celles qui sont les plus petites et les plus analogues aux petites cellules grises des cordons postérieurs de la moelle; puis, ces impressions se propageraient, de proche en proche, à travers les zones cellulaires superposées, et enchevêtrées les unes dans les autres, qui constituent les différentes couches de la substance grise des circonvolutions, jusqu'à la plus profonde de ces couches composée de grosses cellules, assimilables aux grosses cellules des cornes antérieures de la substance grise de la moelle: « Et ce serait à la suite de ce conflit intime entre l'impression incidente et l'élément cérébral, que celle-ci transformée, épurée, spiritualisée en quelque sorte, mais conservant néanmoins encore son caractère originel, donnerait naissance à l'incitation psychique proprement dite. »

Cette dernière, à son tour, continuerait son évolution progressive et se transformerait en émission de motricité volontaire. La substance grise corticale constituerait donc « un admirable appareil sensitivo-moteur conçu sur le même type que les appareils excito-moteur de la moelle, et destiné pareillement à transformer, comme travail essentiel, une impression sensitive incidente en une manifestation motrice réfléchie (p. 48). » Le mouvement qui succède à une opération psychique, lui aussi, serait donc une action réflexe de la sensibilité transformée, et cette transformation comprendrait comme cela a lieu pour la moelle, une période d'incidence, une période d'élaboration et une dernière d'émission. Seulement, dans le domaine cérébral, tous les détails de l'opération sont moins simples que dans le domaine spinal. La multiplicité des zones cellulaires de la couche corticale; la variété des anastomoses

ANN. MÉDICO-PSYCH., 5^e série, t. XIII. Janvier 1875. 10. 10

qui relie entre eux les divers départements des circonvolutions; la persistance des impressions anciennes à l'état virtuel ou latent, et la faculté qu'elles ont d'être évoquées, et comme revivifiées par une sorte de phosphorescence organique; les modifications qui, d'après les théories déjà exposées de l'auteur; seraient apportées aux incitations motrices réfléchies à travers les cordons blancs centrifuges; par le déversement de l'influx cérébelleux le long des corps striés, de la protubérance et du bulbe, sont autant de circonstances qui compliquent singulièrement le phénomène, en sorte qu'il finit par être une résultante plus ou moins complexe, dans la production de laquelle les actions nerveuses essentielles se trouvent, au cours de leur évolution, amplifiées, renforcées, métamorphosées de bien des manières diverses.

Mais, néanmoins, il y a toujours, entre certaines impressions sensibles incidentes, et certains modes de réflexion motrice une relation de cause à effet forcée, inconsciente, fatale, et c'est ainsi que s'explique, par exemple, la production involontaire de l'ensemble des mouvements qui expriment la joie, le chagrin, la crainte, l'espoir; il en est de même des mouvements coordonnés de la danse, des différents modes d'exécution musicale, etc. Le même mécanisme règle, dans le domaine viscéral, le retentissement des impressions psychiques sur les appareils de la circulation, de la digestion, de la génération. Il donne la clé de tout ce qui était autrefois connu sous la dénomination si vague de sympathies. Et tous ces phénomènes sont tellement dominés par un ordre préétabli, une coordination automatique que l'homme envisagé dans le temps et dans l'espace est toujours le même sous ce rapport. A tous les âges de l'individu, ou de la race, chez l'enfant comme chez le vieillard, de nos jours comme dans les temps les plus reculés de l'histoire et de l'art, dans nos pays comme dans les régions du globe les plus distantes les unes des autres, dans les sociétés les plus civilisées, comme parmi les peuplades sauvages les plus arriérées, partout le mode d'expression des sentiments est le même, partout, à l'incidence des mêmes impressions sensibles, succède le même ensemble de réactions motrices inconscientes et involontaires.

A côté de ces réactions constamment uniformes et absolument générales, il s'en produit d'autres, par le même mécanisme, qui ne sont pas innées chez tous les hommes, mais qui acquièrent, chez tel ou tel individu, une sorte de droit de do-

micile par l'exercice répété, en sorte que par une habitude longtemps prolongée, des mouvements primitivement volontaires se transforment en une sorte d'automatisme inconscient. L'ancien soldat mis à la retraite continue à faire le salut militaire ; le matelot marche les jambes écartées, même sur la terre ferme ; l'avocat en costume civil se prend à rejeter en arrière les manches d'une toge absente. C'est encore ainsi que se forme le type extérieur correspondant par l'attitude, les gestes, la démarche, à telle ou telle profession ou classe sociale.

Le même mécanisme se retrouve dans beaucoup de manifestations appartenant au domaine de la pathologie. Tantôt c'est une impression très-vive qui survit à elle-même et qui, par sa persistance détermine la continuation, soit d'un geste, soit d'une idée, et engendre ainsi certaines formes de catalepsie, ou la répétition monotone et invariable d'un acte délirant ; tantôt c'est le réveil partiel de quelques impressions sensibles qui, coïncidant avec le sommeil des autres facultés, engendre les manifestations automatiques du somnambulisme ; tantôt enfin, c'est une impression morale, ancienne ou récente, primitive ou revivifiée qui détermine l'explosion d'un accès convulsif d'hystérie et d'épilepsie.

A côté de l'étude de l'habitude soit physiologique, soit morbide, se place celle de l'imitation. Est-il nécessaire de rappeler la manière involontaire, automatique dont certains actes tels que le bâillement, le rire, se propagent par imitation ?

Dans combien d'autres exemples les foules ne font-elles pas, inconsciemment, ce qu'elles voient faire à côté d'elles ? N'est-ce pas là le secret de bien des triomphes provoqués par l'habile intervention de la claque, sur les scènes théâtrales ou autres ?

De là, encore, l'analogie dans les gestes, les expressions, la tenue générale que l'on constate chez des personnes vivant constamment ensemble, l'entraînement involontaire grâce auquel se propagent, dans les différents rangs sociaux, certaines impulsions données par des personnages qui, d'une manière ou d'une autre, se trouvent en évidence.

Le rôle de l'imitation n'est pas moins marqué dans le domaine pathologique, c'est à elle qu'est due la propagation des épidémies convulsives ou des folies démoniaques, celle de certains actes, tels que le suicide.

Il n'a été question jusqu'ici, que des mouvements que l'on

pourrait appeler généraux. M. Luys applique ensuite les mêmes principes à l'explication des mouvements que l'on pourrait appeler spéciaux et qui sont plus particulièrement destinés à servir de mode d'expression aux opérations purement intellectuelles, et il entend par là le langage articulé, le langage écrit, la lecture à haute voix, et l'expression extérieure des inspirations artistiques; comme prélude aux détails de cette étude, il vise à assigner un siège précis à ces opérations purement intellectuelles. Sur ce terrain, je dois le dire, il peut paraître dangereux de le suivre avec trop de confiance. Sans doute, l'auteur des recherches sur le système cérébro-spinal publiées en 1865, reparaît ici avec son talent habituel d'induction; mais on retrouve aussi ses hardiesses d'hypothèses entassées les unes sur les autres, et, avant d'admettre, avec lui, que le siège même de l'intelligence se trouve bien limité dans la couche moyenne de la substance grise corticale, au-dessous des petites cellules superficielles, purement sensitives, et au-dessus des grosses cellules, purement motrices, il n'est que prudent, me paraît-il, d'invoquer le bénéfice d'inventaire et d'attendre la solution de bien des problèmes dont la physiologie expérimentale n'a pas encore pu réussir à dégager les inconnues.

Quoi qu'il en soit de ces réserves, rien n'empêche d'admettre avec lui que « l'action d'émettre des sons articulés voulus, le langage, en un mot, se décompose en trois périodes successives : une période d'incidence, une période de propagation intra-cérébrale ou période intermédiaire, une période d'émission ou de réflexion (p. 415). »

Quant aux développements détaillés relatifs à chacune de ces périodes, quoique plus compliqués que ceux dont il a été parlé précédemment, ils ont avec eux assez d'analogie pour que je m'abstienne de les exposer dans cette analyse, et que je me contente de renvoyer aux chapitres très-intéressants que M. Luys leur a consacrés.

On y verra combien est grande, d'après lui, la part de l'automatisme inconscient, ou machinal si l'on préfère, dans une série d'actes qui sont, pourtant, au premier rang, parmi ceux que l'on considère comme la manifestation libre d'une volonté raisonnée. Peut-être, ici encore, l'auteur est-il allé un peu loin, et aura-t-on de la peine à admettre, avec lui, que dans les discours les plus éloquents des grands orateurs, la succession des différentes périodes, des procédés de rhétorique suivis, les mou-

vements passionnés ou émus ne soient que les « expressions » fatales ou nécessaires de l'organisation de l'esprit humain » dans le cours naturel de son évolution (p. 425).»

Quelle part restera-t-il donc à l'originalité de l'individu si tout cela tient au simple mécanisme de l'espèce ? Mais il faut tenir compte du courant dans lequel l'auteur se trouve entraîné et lui accorder, de ce chef, un certain coefficient d'exagération.

Seulement, je me demande pourquoi il s'est arrêté dans cette voie. Après avoir montré que la théorie des mouvements réflexes spinaux pouvait s'appliquer, dans une large mesure, aux mouvements qui ont leur point de départ dans le cerveau lui-même, qu'en un mot les mouvements tant généraux que spéciaux (parole, écriture, dessin) sont, en grande partie de la sensibilité transformée, comment n'a-t-il pu étendre la même explication à bien des opérations intellectuelles non suivies de mouvements, c'est-à-dire à la production des pensées elles-mêmes ?

Les conceptions de notre esprit, tant à l'état normal qu'à l'état pathologique, ne sont-elles pas, aussi, le résultat de la réflexion d'excitations sensibles incidentes ; en d'autres termes, les idées elles-mêmes ne sont-elles pas de la sensibilité transformée ? Cette manière d'envisager la question fait mieux comprendre, qu'aucune autre, l'aphorisme philosophique *nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu*.

Appliquée à la pathologie mentale, elle fournit la meilleure explication du délire hallucinatoire. L'hallucination, en effet, étant une perversion de la sensation, donne un rayon incident entaché d'erreur, et dès lors la conception qui lui succède comme un rayon réfléchi, se trouve, elle-même, erronée et délirante.

Et comme les malades hallucinés, à côté de leurs sensations subjectives perverties ou faussées, continuent à percevoir les sensations objectives d'une manière naturelle et normale, c'est-à-dire qu'ils éprouvent, à la fois, des sensations imaginaires et fausses et d'autres réelles et exactes, de même leurs conceptions intellectuelles, selon qu'elles correspondent à l'un de ces genres de sensations ou à l'autre sont, elles aussi, délirantes ou raisonnables. En sorte que le même individu paraît fou ou sensé selon que les idées qu'il exprime résultent de la transformation d'un acte de sensibilité morbide ou saine, ce qui donne la clé du délire partiel. En sorte encore, que s'il est exact de dire, comme l'a fait Michéa, que les hallucinations sont une sorte de

délire des sensations, il ne le serait pas moins de considérer le délire intellectuel, lui-même, comme une sorte de convulsion de l'esprit, c'est-à-dire une manifestation morbide du pouvoir sensitivo-intellectuel ou réflexe du cerveau, comme les convulsions sont une manifestation morbide du pouvoir excito-moteur ou réflexe de la moelle.

Et l'on pourrait dire encore que dans le cerveau, l'organe transformateur de la sensibilité, c'est-à-dire le miroir réflecteur, est sujet à subir des modifications organiques ou dynamiques, dont nous ne connaissons pas la nature, mais dont nous constatons les résultats; tantôt, par exemple, ce miroir acquiert un éclat et un poli excessifs, en sorte que les moindres incidences de sensibilité sont réfléchies avec une promptitude et une intensité également excessives; tantôt, au contraire, le miroir devient terne et obscur et tous les rayons incidents s'y éteignent et sont absorbés sans donner de reflet. Dans les premiers cas, on comprend que les réactions psychiques et motrices sont multipliées, tumultueuses, s'éparpillent dans tous les sens, se succèdent si rapidement que l'on a peine à les saisir au passage, ce qui constitue, dans la pathologie mentale, le symptôme dit excitation maniaque, avec toutes ses nuances, depuis la simple mobilité jusqu'à l'agitation sans frein. Dans le second cas les réactions psychiques et motrices sont nulles ou plus ou moins affaiblies, ce qui constitue tous les degrés de dépression mélancolique, depuis la simple tristesse jusqu'à la complète stupeur.

Si ces modifications du miroir sont stables et permanentes, on observera les formes de manie ou de lypémanie chronique et à type uniforme; si elles sont passagères on aura des accès isolés de manie et de lypémanie; si elles se succèdent alternativement, à intervalles plus ou moins longs, plus ou moins réguliers, on aura la série d'accès d'excitation et de dépression dont la succession caractérise la folie à double forme.

Quant à la stupeur, ses différentes formes peuvent aussi se comprendre mieux si on les envisage à ce point de vue. Le miroir, ai-je dit, est devenu terne, obscur; il reçoit les rayons incidents et les absorbe sans les réfléchir. Mais l'obscurité peut être superficielle ou profonde; en empruntant les hypothèses de M. Luys sur la stratification des zones corticales, la sensibilité incidente peut être éteinte et absorbée en arrivant à la couche des petites cellules sensitives superficielles, et, alors, les fonctions corticales sont réellement suspendues: il n'y a

ni sensation perçue, ni idées formées; la stupeur est réelle ou complète.

Ou bien l'obscurcissement et l'absorption peuvent n'avoir lieu qu'à la surface de sortie du miroir, c'est-à-dire à la couche des grosses cellules motrices; et dans ce cas la sensibilité peut rester exquise, la formation des idées être active et pénible, la réaction motrice seule faire défaut; le malade présente alors le tableau de la mélancolie avec stupeur dans laquelle le masque apparent de l'insensibilité peut cacher, on le sait depuis le beau travail de M. Baillarger, un délire mélancolique et hallucinatoire excessivement intense.

Mais je m'arrête, car je me sens entraîné sur la pente facile des hypothèses hardies que je signalais tout à l'heure chez M. Luys, et des censeurs moroses pourraient m'en adresser plus de reproches que je n'ai osé lui en faire.

Qu'il me suffise d'avoir montré que M. Luys n'a pas épuisé l'étude des actions réflexes du cerveau.

Son livre, tel qu'il est, est un des plus attachants que l'on puisse lire, tant par les pensées qui y sont exprimées que par celles qu'il suggère. La rapide analyse que je viens d'en faire n'en peut donner qu'une idée générale et superficielle; le meilleur résultat que je pourrais avoir obtenu, serait d'avoir fait comprendre combien ce livre est intéressant et instructif.

Ai-je besoin d'ajouter que, comme dans tous ses autres ouvrages, M. Luys a eu soin de parler aux yeux, et qu'à la fin du volume se trouvent un certain nombre de figures, les unes photographiées d'après nature et empruntées à sa grande iconographie, les autres schématiques et destinées à montrer la corrélation intime des mouvements réflexes du cerveau, avec ceux déjà mieux connus de la moelle épinière?

Un dernier mot pour rappeler à l'auteur qu'il nous annonce lui-même son ouvrage comme le début d'une série de monographies qui seront consacrées à l'exposé des phénomènes si variés que présente la vie des éléments nerveux. Un pareil commencement est de nature à faire vivement désirer la suite.

Ach. FOVILLE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

-
- Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (Bulletin de la Société Néerlandaise de Psychiatrie). 1874, t. I, fascicules 1 à 4.
 - Maison de santé de Préfargier. Rapport sur les vingt-cinq premières années de son activité; par M. le D^r Chatelain; Neuchâtel, 1874; br. in-8°.
 - Regolamento interno della Societa freniatica italiana; br. in-8°.
 - Sulla classificazione della malattie nervose con alienazione mentale; par M. le D^r Clodomiro Bonfigli; Milano, 1874; br. in-8° de 44 p.
 - Questions pénitentiaires. De l'aliénation mentale dans ses rapports avec la loi pénale et le régime pénitentiaire; par M. de Haramburç; Paris, 1874; br. in-8° de 32 p.
 - Political economy and Health: par le D^r Edward Jarvis; Boston, 1864; br. in-8° de 60 p.
 - St-Yon, Quatre-Mares et les médecins aliénistes de la Seine-Inférieure, par M. le D^r Ach. Foville; Rouen, 1874, br. in-8° de 29 p.
 - Asiles publics des aliénés du département de la Seine-Inférieure; projets de travaux à exécuter dans ces asiles pour leur entier achèvement et pour l'organisation des services économiques communs; par MM. Ach. Foville, de Lagonde et Rousselin; Rouen, 1874; br. in-8° de 120 p. avec plans.
 - Rapport sur le service des aliénés du département de la Seine pendant l'année 1873; Paris, 1874; br. in-4°.
 - Della transfusione del sangue praticata negli alienati del manicomio di Alessandria; par M. le D^r Ponza; Alessandria, 1874; br. in-8° de 40 p.
 - Le crime et la folie; par H. Maudsley; Paris, 1874, chez Germer Baillière; vol. in-8° de 300 p., prix 6 fr.
 - Etudes de biologie; théories nouvelles; par MM. C. Paquelin et L. Jolly; Paris, 1875, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine; vol. in-32, de 460 p., prix 2 fr.
 - Nineteenth annual report of the trustess of the state lunatic hospital at Northampton; octobre 1874; par M. le D^r Pliny Earle.
 - Contributions à l'étude des névroses extraordinaires, par M. le D^r L. Billet; Paris, 1874; br. in-8° de 76 p., chez J.-B. Baillière.
 - Les fonctions supérieures du système nerveux; recherche des conditions organiques et dynamiques de la pensée; par le D^r Cros; Paris, 1875; gr. in-8° de 543 p., chez J.-B. Baillière, prix 8 fr.
-

THÈSES DE PARIS.

(Année 1874, suite.)

450. Roux. Etude historique et critique sur l'irritation spinale.
476. Niverd. Considérations sur l'emploi de l'ophthalmoscope dans les méningites et l'hémorragie cérébrale.
490. Bonnenfant. Séméiologie du vertige dans les affections de l'oreille.
215. Moscovits. De la syphilis tertiaire crânienne et de ses complications méningo-encéphaliques.
220. Lafon. De la toux hystérique.
224. Calmette. Considérations sur la valeur des symptômes en pathologie mentale.
253. Du suicide dans l'armée.
280. Verron. Etude sur les tumeurs du quatrième ventricule.
282. Hahn. Des complications qui peuvent se présenter du côté du système nerveux dans la phthisie pulmonaire chronique.
296. Mècre. De l'insomnie.
306. Bertrand. Des lésions des méninges cérébrales sous l'influence de la syphilis.
342. Bénard. De l'hémiplégie faciale périphérique.
344. Fontorbe. Un cas d'hémiplégie alterne avec anévrysme de la vertébrale.
341. Fabre. Quelques considérations sur la simulation en général dans l'armée et sur celle de l'incontinence d'urine en particulier.
348. Bonnefoy. Des troubles de la vision dans l'hystérie.
369. Ferran. Du vomissement de sang dans l'hystérie.
380. Veyssièrre. Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémianesthésie de cause cérébrale.
382. Viollaron. De la méningite cérébrale rhumatismale.
394. Vuillemin. Du délire dans la fièvre typhoïde.
407. Leyna de la Jarrige. Forme insidieuse de la paralysie générale des aliénés.
417. Bouchoir. Considérations étiologiques et médico-légales sur la folie paralytique.
426. Danton. Essai physiologique sur le bromure de potassium.
428. Mobèche. De la période prodromique de la paralysie générale.
434. Gromier. Etude sur les circonvolutions cérébrales chez l'homme et chez les singes.

VARIÉTÉS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

BUREAU POUR 1875.

Président : M. le D^r E. Blanche.
Vice-Président : M. le D^r Dumesnil.
Secrétaire-général : M. le D^r Motet.
Secrétaires particuliers : MM. les D^{rs} Berthier et Collineau.
Trésorier-archiviste : M. le D^r Aug. Voisin.

LISTE GÉNÉRALE DES MEMBRES.

Membres honoraires.

MM.
 Belhomme, ✱.
 Carrière.
 Dechambre, O. ✱.
 Chaâles des Etangs, ✱.
 Janet (Paul), O. ✱.

MM.
 Bourdin.
 Maury (Alfred), O. ✱.
 Ott.
 Girard de Cailleux, O. ✱.
 Foville (Achille).

Membres titulaires.

MM.
 Baillarger, ✱, 45, quai Malaquais.
 Berthier, ✱, hospice de Bicêtre.
 Billod, O. ✱, asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
 Blanche, O. ✱, 45, rue des Fontis, à Paris-Auteuil.
 Bouchereau, ✱, asile Sainte-Anne, rue Ferrus.
 Briere de Boismont, ✱, 303, faubourg St-Antoine.
 Brochin, ✱, 7, boulev. Saint-Michel.
 Calmeil, O. ✱, Fontenay-sous-Bois.
 Collineau, 187, rue du Temple.
 Constans, O. ✱, 44 bis, passage Ste-Marie.
 Cotard, à Vanves (Seine).
 Dagonet, asile Ste-Anne.
 Dagron, ✱, asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
 Dally, 56, avenue de Neuilly.

MM.
 Delasiauve, 35, rue du Sommerard.
 Dumesnil, ✱, 75, rue de Vaugirard.
 Durand (de Gros).
 Falret (Jules), ✱, 444, rue du Bac.
 Fournet, ✱, 44, rue du Cherche-Midi.
 Lasègue, O. ✱, 4, rue Perrault.
 Legrand du Saulle, ✱, 9, boulevard St-Michel.
 Legrand (Maximin), 54, rue des Saints-Pères.
 Linas, ✱, 8, place de la Madeleine.
 Loiseau, ✱, 26, rue Vieille-du-Temple.
 Lucas (Prosper), asile Sainte-Anne.
 Lunier, O. ✱, 6, rue de l'Université.
 Luys, ✱, à Ivry-sur-Seine.
 Magnan, asile Ste-Anne.
 Mesnet, ✱, 161, rue de Charonne.

MM.

Michéa, ✱.
 Mitivié (Albert), 244, boulevard
 St-Germain.
 Moreau (de Tours), ✱, 6, rue
 de Beaune.
 Motet, ✱, 164, rue de Cha-
 ronne.
 Peisse, ✱, école des Beau-
 Arts, rue Bonaparte.
 Pouzin, ✱, 5, rue de Poitiers.

MM.

Rota, ✱.
 Rousselin, ✱, asile St-Yon, à
 Rouen.
 Sémelaigne, ✱, au château
 St-James, à Neuilly (Seine).
 Sémerie.
 Trélat, ✱, hospice de la Sal-
 pêtrière.
 Voisin (Auguste), ✱, 16, rue
 Séguier.

Membres correspondants.

MM.

Boileau de Castelnaud, ✱, à
 Nîmes.
 Macario, à Nice.
 Marchand, ✱, à Toulouse.
 Teilleux, au Mans.
 Sauze, à Marseille.
 Azam, à Bordeaux.
 Rousseau, à Auxerre.
 Niepce, ✱, à Alleverd.
 Auzouy, ✱, à Pau.
 Etoc-Demazy, ✱, au Mans.
 Baume, à Quimper.
 Lannurien, à Morlaix.
 Desmaisons, à Bordeaux.
 Brunet, à Breuty.
 Bonnet, à Mayenne.
 Fusier, à Chambéry.
 Belloc, ✱, à Alençon.
 Blondin, à Montpellier.
 Evrat, ✱, à Chevreuse.
 Labille, ✱, à Clermont (Oise).
 Laurent, à Rouen.
 Combes, à Sainte-Gemmes.
 Bonnefous, à Leyme (Lot).
 Dumont (de Montoux), à
 Rennes.
 Dunant, à Genève.
 Tissot, ✱, à Dijon.
 Laffitte, à Rennes.
 Arthaud, ✱, à Lyon.
 Garreau, O. ✱, à Bayonne.

MM.

Renault du Motey, à Châlons-
 sur-Marne.
 Petit, à Nantes.
 Christian, à Avignon.
 Campagne, à Avignon.
 Payen, ✱, à Orléans.
 Broc, à Evreux.
 Guérin du Grand Launay, ✱,
 à Angers.
 Saint-Lager, à Lyon.
 Danner, ✱, à Tours.
 Espiau de Lamaestre, à Bail-
 leuil.
 Bulard, à Bordeaux.
 Papillaud, à Saujon (Charente-
 Inférieure).
 Ollier, au 6^e chasseurs.
 Doutrebente, à Vouvray.
 Bouteille, à Armentières.
 Darnis, à Montauban.
 Hildenbrand, à Marseille.
 Dufour, à Sainte-Gemmes-sur-
 Loire.
 Favre, asile de Vaucluse.
 Hospital ✱, à Clermont-Fer-
 rand.
 Péon, à Cadillac.
 Masbrenier, à Melun.
 Marcet, à Auch.
 Hurel, à Gaillon.

Membres associés étrangers.

MM.

Ramaër, à La Haye (Hollande).
 Bifti, à Milan.
 Bich, à Coste.

MM.

Pi y Molist, à Barcelone.
 Pujadas, à Barcelone
 Bucknill, à Londres.

MM.	MM.
Tuke, à Falmouth.	Miraglia, à Aversa.
Munoz, à Paris, 29, chaussée d'Antin.	De Kraft-Ebing, à Illenau.
Girolami, à Rome.	Schlager, à Vienne.
Bulckens, à Ghéel.	Cramer, à la Rosegg (Soleure).
Frézé, à Kasan (Russie).	Fetscherin, à la Waldau (Ber- ne).
Herzog, à St-Pétersbourg.	Lombroso, à Pavie.
Salomon, à Malmo (Suède).	John Sibbald, à Lochgilthead (Cté d'Argyl).
Livi, à Sienne.	Berliny, à Malmö (Suède).
Azzuri, à Rome.	Backel, à Venise.
Berti, à Venise.	Mac Intosh, à Murtley (Ecosse).
Ponza, à Alexandrie (Italie).	Vermeulen, à Gand.
Lockhart Robertson, à Lon- dres.	Ingels, à Gand.
Maudsley, à Londres.	Van den Abeele, à Bruges.
Harrington Tuke, à Londres.	Sannicola, à Aversa.
Mundy, à Vienne (Autriche).	Perla, à Aversa.
Roller, à Illenau (Gr. d. de Bade).	Erlenmeyer, à Bendorf (Co- blence).
Flemming, à Schwerin (Meck- lembourg).	Cardona, à Pesaro.
Mongeri, à Constantinople.	Monti, à Parme.
Benvenisti, à Padoue.	Semal, à Monts.
Tonino, à Turin.	Lentz, à Froidmond.
Webster, à Londres.	Leidesdorf, à Vienne.
	Neri (Giuseppe), à Pérouse.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêtés du 25 novembre 1874.* — M. LEBLOND, directeur de l'asile de Bailleul (Nord), est nommé directeur de l'asile Ste-Anne, à Paris, en remplacement de M. Vierne.

— M. VIERNE, directeur de l'asile Ste-Anne, est nommé directeur de l'asile de Bailleul.

Arrêté du 29 novembre 1874. — M. le D^r FAUCHER, directeur-médecin de l'asile de Rodez est promu à la 3^e classe de son grade (5,000 fr.).

Société médico-psychologique.

— La Société médico-psychologique a élu membres correspondants : dans la séance du 20 novembre, M. le D^r MARET, médecin-directeur de l'asile d'Auch, et dans la séance du 28 décembre, M. le D^r HUREL, médecin du quartier d'aliénés annexé à la maison centrale de Gaillon (Eure).

NÉCROLOGIE.

Le D^r FOSSATI. — Le célèbre phrénologiste Fossati est mort à Paris, le 20 décembre dernier, à l'âge de 89 ans. Né en Italie, le 30 avril 1786, Fossati vint à Paris en 1824. Disciple de

Gall, dont il devint l'ami, il a consacré à la propagation de la science phrénologique tout le temps que lui laissait sa nombreuse clientèle. En 1823, il fonda la Société phrénologique dont il devint bientôt le président. Fossati a publié des articles dans le *Dictionnaire de la conversation* et un *Manuel de phrénologie*.

SERVICE DES ALIÉNÉS. — ANALYSE DES VŒUX DES CONSEILS GÉNÉRAUX (Sessions d'avril et août 1873).

GERS. — A l'occasion de l'enquête parlementaire sur la législation des asiles d'aliénés, le conseil émet le vœu que, dans la loi à intervenir, les conseils généraux soient autorisés à transformer les commissions de *surveillance* des asiles en commissions *administratives* (session d'août).

ORNE. — Le conseil demande que les directeurs-médecins des asiles d'aliénés soient payés directement par l'Etat et que les retraites soient servies par la caisse générale des pensions civiles (session d'août).

YONNE. — Le conseil exprime le vœu qu'à l'avenir les pensions de retraite des directeurs et médecins des asiles d'aliénés soient mises à la charge de l'Etat, sauf versement à la caisse des pensions civiles de toutes les retenues opérées sur les traitements de ces fonctionnaires pendant l'exercice de leurs fonctions (session d'août).

HAUTE-SAVOIE. — Le conseil émet le vœu que l'administration des douanes concoure au paiement des dépenses occasionnées en cas d'aliénation mentale, soit par les douaniers, soit par leurs femmes ou enfants (session d'avril).

RAPPORT DE PÉTITION A L'ASSEMBLÉE NATIONALE.

Nous relevons le rapport suivant dans le compte rendu de la séance du 8 janvier 1875.

M. Loustalot, rapporteur :

Le sieur Hamelin, à Rennes, propose des modifications à la loi de 1838 relative aux établissements d'aliénés.

La liberté individuelle, base de toutes les autres, doit être précieusement garantie. Protégée de la manière la plus minutieuse par la législation anglaise, elle n'est pas chez nous suffisamment respectée.

Spécialement, la loi de 1838 sur les aliénés laisse beaucoup à désirer, et l'Assemblée a gardé le souvenir du scandale de certaines arrestations antérieures à 1870 et de l'émotion qu'elles causèrent dans le pays.

La loi du 6 juillet 1838 appelle donc des réformes qu'il faut étudier. C'est dans ce but que votre 6^e commission des pétitions a l'honneur de vous proposer le renvoi de la demande du sieur Hamelin à M. le ministre de l'Intérieur.

M. Albert Desjardins, sous-secrétaire d'Etat de l'instruction publique : Il me semble qu'il faudrait mieux demander le renvoi à la commission spéciale qui a été nommée pour étudier la loi de 1838 sur les aliénés.

M. le rapporteur. Je n'y fais pas d'objection.

M. le président. M. le rapporteur, modifiant ses conclusions, demande que la pétition soit renvoyée à la commission spéciale chargée d'examiner la question des aliénés.

Le renvoi est ordonné.

STATISTIQUE DES SUICIDES A SAINT-PÉTERSBOURG.

— La *Gazette (russe) de l'Académie* contient une notice sur la statistique des suicides à Saint-Pétersbourg.

La fréquence des suicides a étrangement augmenté dans le courant des dix dernières années. Avant cette époque, le nombre annuel des suicides variait entre 40 et 60, et décroissait plutôt que de progresser. A partir de 1864, les cas de suicide suivent une marche presque constamment ascendante. En 1864, il a été constaté 57 cas de suicide ; en 1865 — 59 ; en 1866 — 64 ; en 1867 — 78 ; en 1868 — 89 ; en 1869 — 102, en 1870 — 125 ; en 1871 — 152 ; en 1872 — 167 ; en 1873 — 144 et en 1874 (jusqu'au 1^{er} octobre) — 127. Le nombre des suicides a, comme on voit, presque triplé dans l'espace de douze ans.

Une comparaison de l'accroissement de la population de Saint-Pétersbourg avec celui des cas de suicide fait voir que tandis qu'entre 1858 et 1863 la population a augmenté de 42 p. 100, le nombre des suicides s'est quelque peu abaissé. De 1863 à 1867, la population s'accroît de nouveau de 8 p. 100, et en même temps les suicides augmentent brusquement de 76 p. 100 ; durant les cinq années qui suivent, l'accroissement de la population est de 15 p. 100, et celui des cas de suicide a plus que doublé (111 p. 100).

La fréquence des suicides ne correspond pas non plus à la hausse qu'ont subie les prix des loyers et des subsistances, ni à l'accroissement des cas d'aliénation mentale en tant que ceux-ci ont été constatés par des tribunaux et des administrations publiques. Dans le courant des quatre dernières années, le nombre de ces derniers cas ne s'est accru que de 55 p. 100, tandis que l'accroissement des suicides a été de 65 p. 100.

La majorité des suicidés appartenait, comme cela est toujours le cas, au sexe masculin ; le nombre des hommes qui ont mis fin à leurs jours en 1873 a été de 108, et celui des femmes de 58 ; cette année, la proportion a été de 107 à 20.

Quant aux genres de suicide, on a constaté que, dans les deux dernières années, 87 individus se sont noyés, 78 ont recouru à la corde, 46 se sont tués à l'aide d'armes à feu, 33 au moyen d'un couteau ou d'un poignard, 22 se sont empoisonnés, et 9 enfin se sont suicidés en sautant par la fenêtre.

En répartissant les suicidés des deux dernières années selon la condition, on obtient le résultat suivant : nobles et employés, 67 ; négociants, 8 ; militaires, 40 ; étudiants et élèves, 44 ; petits bourgeois, 34 ; paysans, 63 ; divers, 38.

En groupant, d'après l'âge, les individus morts par le suicide en 1873, on trouve que 44 sont des enfants et des jeunes gens n'ayant pas dépassé la vingtième année ; 67 sont âgés de

20 à 40 ans, et 24 appartiennent à un âge plus avancé. Il est impossible de se défendre d'un sentiment d'étonnement et d'anxiété en présence du nombreux contingent que l'enfance et le premier âge de la jeunesse fournissent au suicide. Ce fait ne saurait s'expliquer que par des causes pesant bien lourdement sur notre société et qu'il est tout aussi dur d'avouer qu'il est nécessaire de lutter contre elles et de s'en affranchir.

FAITS DIVERS.

UNE RÉVOLTE D'ALIÉNÉS.

L'*American Journal of insanity* emprunte au *Medical Times* (avril 1874) le récit suivant :

« Une révolte a eu lieu ces jours derniers à l'asile d'aliénés de St-André, près St-Pétersbourg. Pendant que les gardiens étaient à dîner, les aliénés se précipitèrent dans une pièce où l'on conservait quelques armes, et, se les étant partagées, se préparèrent à la résistance. Les gardiens tentèrent de les calmer par le raisonnement, mais sans succès, et plusieurs d'entre eux s'étant approchés de trop près furent saisis et attaqués à coups de sabre. Cinq ont été tués et deux sérieusement blessés. On eut alors recours à la famine, mais il s'écoula quarante-huit heures avant que les aliénés déposassent les armes. Six des plus furieux ont été mis séparément en cellules avec la camisole de force. »

Si les choses se sont passées exactement comme on le rapporte ici, on peut se demander pourquoi les infirmiers de l'asile St-André ne prennent pas leurs repas dans les réfectoires de leurs malades ; comment il se fait que ceux-ci restent sans surveillance pendant ce temps, et surtout, qu'ils aient sous la main pour ainsi dire des espèces de magasins remplis d'armes dangereuses.

UN MANICOME HOMÉOPATHIQUE.

Le même journal annonce que l'asile homéopathique pour les aliénés placés à Middletown, comté d'Orange (New-York), sera en état de recevoir des malades le 20 avril courant. Le bâtiment central est terminé ; il a 4 étages. Il contiendra, outre les logements des fonctionnaires et les locaux pour l'administration, quatre-vingts places environ pour des malades du sexe féminin. Une aile destinée aux hommes sera achevée, on l'espère, avant la fin de l'année.

D^r D.

— *Convulsions chez un nouveau-né provenant d'alcoolisme et produites par le régime de la nourrice.* — Une femme est accouchée, dit le D^r Charpentier, il y a quelques mois, pour la deuxième fois, d'un gros et bel enfant. Pendant les trois premières semaines, cet enfant allait très-bien et la nourrice que j'avais placée moi-même près de cet enfant, semblait être une excellente nourrice, quand la mère me dit un jour qu'elle était étonnée de voir son enfant, chaque fois qu'il avait tété, être

agité, énérvé ; au lieu de s'endormir, comme faisait son premier enfant après avoir tété, il criait, s'agitait, devenait rouge, en un mot, il n'avait pas du tout l'aspect habituel des enfants qui ont leur suffisance de lait. J'examinai la nourrice. Je n'avais rien à noter ; elle avait beaucoup de lait : ce lait était très-abondant et très-riche en globules. J'engageai à patienter.

Au bout de quelques jours, l'enfant avait alors cinq semaines, il fut pris d'une éruption très-abondante de gourme sur la figure, le cou et une partie du tronc ; la peau devint rouge ; les garde-robes furent de plus en plus difficiles, et enfin, à cette agitation persistante après l'allaitement, succéda une fois une véritable crise convulsive dont je fus témoin, sans pouvoir, d'après les phénomènes présentés par l'enfant, attribuer son état à aucune des causes habituelles des convulsions enfantines. Je questionnai alors les parents et tout le monde autour de moi ; les domestiques finirent par m'avouer que l'enfant étant très-gros et très-vigoureux et tétant beaucoup, la nourrice, dont le lait avait déjà neuf mois, buvait par jour, dans le but de le renouveler, comme elle me l'a avoué, 4 bouteilles de vin qu'elle supportait assez bien pour ne pas avoir soulevé les soupçons de sa maîtresse. Je pensai de suite à une intoxication alcoolique de l'enfant, et je fis surveiller attentivement la nourrice, qui fut mise au régime suivant : une demi-bouteille de vin par jour, plus 1 bouteille de bière ; 1 litre ou 2 d'eau d'orge ; nourriture rafraîchissante.

En quelques jours le bébé reprit complètement la santé ; il n'y eut plus d'agitation, plus de convulsions. En huit jours, la gourme disparut complètement et la nourrice, attentivement surveillée, a continué de donner le sein à l'enfant sans nouveaux accidents ; celui-ci, qui a aujourd'hui trois mois et demi, n'a plus eu aucun phénomène morbide depuis que le vin a été en grande partie supprimé dans l'alimentation de la nourrice. Celle-ci, du reste, continue à avoir beaucoup de lait et paraît devoir en avoir encore pendant fort longtemps.

(*Bull. de la Société protect. de l'enfance.*)

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

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

PATHOLOGIE.

QUELQUES OBSERVATIONS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE

DE LA

FOLIE PÉNITENTIAIRE

Par le **Dr A. HUREL**

Médecin de la Maison centrale de Gaillon.

Le docteur Sauze, dans ses recherches sur la folie pénitentiaire, où il apporte, suivant son expression même, le contingent de son observation, demande que son exemple soit suivi par les médecins des prisons, « de façon à avoir une collection de documents pratiques qui fourniraient des renseignements précieux et qui permettraient d'élucider d'une manière satisfaisante l'étiologie de la folie pénitentiaire. »

Au moment où les vœux plusieurs fois exprimés pour la fondation de quartiers spéciaux destinés à recevoir des criminels aliénés vont être exaucés, il nous a paru instructif et intéressant de répondre à cet appel.

Nous venons donc aujourd'hui faire pour la maison centrale de Gaillon, ce que ce médecin distingué a fait pour

la prison cellulaire de Marseille, et nous avons l'honneur de soumettre à l'appréciation de la Société médico-psychologique les renseignements recueillis jusqu'à ce jour, sur les détenus transférés à l'asile d'Évreux depuis 1867, époque à laquelle a commencé l'envoi des détenus de la maison centrale à cet asile.

Amené par les circonstances à étudier d'une manière spéciale l'aliénation mentale, nous avons eu occasion, non-seulement d'observer pendant ces dernières années, à la maison centrale, les détenus aliénés, mais nous avons pu en suivre quelques-uns à l'asile d'Évreux où nous avons cru devoir aller souvent.

Pour les détenus devenus aliénés et transférés avant 1869, année de notre nomination à Gaillon, nous avons rédigé les observations à l'aide de notes prises dans les dossiers et les registres de l'asile et de la maison centrale.

Pour les autres, nous nous sommes servi surtout de nos notes particulières.

Mais avant d'entrer en matière, disons quelques mots sur le système pénitentiaire en général et sur le régime disciplinaire de la maison centrale de Gaillon en particulier, et jetons un coup d'œil rapide sur la psychologie de la population des détenus, pour bien préciser les conditions dans lesquelles se trouvaient les individus que nous avons eu à observer et pour faciliter l'intelligence de certains renseignements que nous aurons à fournir.

§ I. — *Du système pénitentiaire en général et du régime disciplinaire de la maison centrale de Gaillon en particulier.*

La maison centrale de Gaillon, maison de correction, placée sur un plateau très-élevé, domine une superbe vallée et offre toutes les conditions de salubrité désirables, sous le rapport topographique. Depuis le 4^e janvier 1873, on n'y reçoit plus de réclu-

sionnaires ; l'établissement est affecté aux individus condamnés à un emprisonnement de plus d'un an.

A leur arrivée, les condamnés sont dépouillés de leurs effets personnels, baignés, ont les cheveux coupés, la barbe rasée, et sont revêtus d'un costume réglementaire.

Les détenus que la maison renferme sont soumis au travail en commun le jour, et couchent dans des dortoirs communs, éclairés et surveillés toute la nuit.

La discipline en vigueur est celle établie pour toutes les maisons centrales par l'arrêté ministériel du 10 mai 1839, qui prescrit le silence absolu, prohibe la possession de l'argent, l'usage du tabac, du vin, des spiritueux et de toute boisson fermentée, impose les tâches et détermine les punitions.

Le silence absolu prescrit dans tous les exercices et à toutes les heures du jour et de la nuit, ne peut être enfreint que pour des communications indispensables entre les ouvriers et leurs contre-mâtres, à l'occasion de leurs travaux, sous la condition que ces communications auront toujours lieu à voix basse.

Le travail est obligatoire. Tout condamné est tenu, sous peine d'amende et d'autres punitions, s'il y a lieu, de faire le travail journalier ou hebdomadaire qui lui a été imposé par l'administration de la maison.

Dès leur arrivée et avant toute formalité de classement, les condamnés ont à subir, aux termes du règlement, la visite du médecin, qui formule son opinion sur l'état de leur constitution et de leur santé, et la consigne sur des feuilles de statistique.

L'inspecteur s'occupe ensuite de leur répartition individuelle dans les ateliers.

Si le condamné s'abstient de réclamer auprès de l'administration à l'égard de la tâche qui lui a été assignée, son classement est considéré comme définitif ; s'il allègue, au contraire, une raison d'impuissance physique pour obtenir

une réduction sur la tâche, ou son déclassement, on l'assujettit à une nouvelle visite médicale, et alors selon que sa réclamation est juste ou non, son classement est maintenu ou son changement d'atelier est effectué.

Tout condamné, à son entrée dans la maison centrale, est tenu de déclarer à quelle religion il appartient, et est obligé d'assister aux exercices de son culte.

L'enseignement primaire est donné à tous les condamnés aptes à en profiter, par un instituteur attaché à l'administration, avec le concours du ministre du culte, pour l'instruction morale et religieuse.

Des livres choisis sur un catalogue arrêté par le ministre, sont mis gratuitement à la disposition des détenus pour des lectures individuelles, ou en commun pendant les heures de repos.

Dans les récréations qui ont lieu matin et soir, à la sortie du réfectoire et qui durent une demi-heure seulement, les hommes se promènent silencieusement et au pas, l'un derrière l'autre.

Les détenus ne peuvent communiquer qu'avec leurs plus proches parents autorisés par le directeur. Ils ne peuvent correspondre avec eux qu'une fois par mois, le dimanche et les autres jours fériés.

Les repas se prennent au réfectoire, en commun, sans vis-à-vis et en silence.

Il est délivré chaque jour à chaque condamné, indépendamment du pain de soupe, une ration de 700 grammes de pain composé de 2/3 de farine de froment blutée à 42 p. 0/0 d'extraction de son et 1/3 de farine de seigle ou d'orge blutée à 24 p. 0/0.

Le dimanche, le jeudi, à l'Ascension, à l'Assomption, à la Toussaint et à Noël, il est fait un service gras comprenant : le dimanche et les jours de fête, le matin 5 décilitres de bouillon, provenant de la cuisson de la viande destinée au repas du soir, avec 75 grammes de pain ; le soir,

une portion d'au moins 75 grammes de viande cuite et désossée, et une pitance d'au moins 3 décilitres de pommes de terre ; le jeudi, le matin, une soupe contenant 5 décilitres de bouillon, provenant de la cuisson de la viande destinée au repas du soir, avec 75 grammes de pain ; le soir une portion d'au moins 60 grammes de viande cuite et désossée, et une pitance d'au moins 3 décilitres $\frac{1}{2}$ de riz.

Les autres jours de la semaine, il est fait un service maigre comprenant : le matin, une soupe contenant 4 décilitres de bouillon, avec 70 grammes de pain ; le soir, une soupe semblable et, en outre, une pitance d'au moins 3 décilitres de pommes de terre, les mardi et vendredi, et de pois, lentilles ou haricots alternativement, les lundi, mercredi et samedi. A l'époque de la germination, les pommes de terre sont remplacées par du riz, des légumes secs ou des légumes frais.

Le directeur, d'après l'avis du médecin, est autorisé à faire distribuer gratuitement à tout condamné appliqué à un travail quelconque, s'il ne possède pas à son pécule les moyens de s'en procurer à ses frais, une quantité supplémentaire de pain fixée à 350 grammes tous les deux jours.

L'eau est la boisson ordinaire ; pendant les mois de juin, juillet et août, les détenus reçoivent gratuitement une boisson dite petite bière, sorte de tisane amère, légèrement fermentée.

Les condamnés peuvent avec l'autorisation du directeur se procurer à leurs frais, à la cantine, les aliments supplémentaires ci-après : du pain de ration, des pommes de terre cuites à l'eau, du fromage, du beurre, du lait, de la salade, des fruits, de la viande accommodée avec des légumes.

Dans un petit travail fait en 1872, nous avons établi les trois conclusions suivantes :

1° Le régime alimentaire des prisons, tel qu'il est indiqué dans le cahier des charges, est insuffisant ;

2° Le régime des détenus n'ayant pas de ressources personnelles, bien que gratifiés du pain de supplément, est également insuffisant ;

3° Le régime alimentaire des prisons, y compris les vivres que peuvent se procurer à la cantine les détenus ayant une pécule, doit être considéré comme représentant ce qu'on appelle : *ration d'entretien*, c'est-à-dire le régime dans les conditions les plus ordinaires de la vie.

Le coucher des détenus valides se compose, pour chacun d'eux, d'un lit en fer avec fond en treillis ou en toile métallique, d'un matelas, d'un traversin, d'une paire de draps, d'une couverture de laine et d'une couverture de coton pour l'hiver.

Il existe un quartier dit d'amendement et de préservation et un autre pour les vieillards.

Le quartier d'amendement est réservé aux détenus qui n'ont encore subi aucune condamnation et qui par leurs antécédents sont jugés dignes de cette faveur.

Les infractions à la discipline sont signalées par les rapports des gardiens.

Le mode d'application des peines disciplinaires, d'abord organisé par les directeurs des établissements, sous diverses dénominations, a pris un caractère définitif et d'unité depuis l'arrêté ministériel du 8 juin 1842, qui a institué des prétoires de justice disciplinaire.

Les prétoires ont pour mission de rendre la justice disciplinaire dans une audience tenue chaque jour sous la présidence du directeur ; il a pour assesseurs, dans les maisons d'hommes : les deux inspecteurs, l'instituteur et l'aumônier.

Le gardien chef remplit les fonctions de greffier.

Les médecins et les pharmaciens des maisons ont la faculté d'être présents aux audiences.

Les délinquants sont appelés et admis à présenter des explications ou des excuses.

Les décisions prises sont immédiatement exécutées. Elles sont inscrites au bulletin de statistique morale du condamné.

Après l'audience du prétoire, le directeur, assisté des mêmes personnes, entend les détenus présents dans leurs demandes et leurs réclamations.

Les gardiens préposés à la police de l'audience, doivent être en grande tenue.

La justice disciplinaire se trouve ainsi rendue avec une solennité convenable.

Les infractions aux divers règlements sont punies : de l'interdiction de la promenade dans le préau, de la privation de toute dépense à la cantine, de l'interdiction de communiquer ou de correspondre avec les parents, de la privation de tout ou partie des vivres réglementaires autres que le pain, de l'amende, de la réclusion solitaire avec ou sans travail, de la mise aux fers dans les cas prévus par l'article 614 du Code d'instruction criminelle.

La règle disciplinaire la plus souvent violée est celle du silence ; après vient ordinairement l'infraction pour usage de tabac.

Parmi les délits de droit commun (vols — atteintes aux mœurs — voies de fait), les plus fréquents sont les voies de fait.

Ce sont généralement les condamnés à l'emprisonnement qui commettent le plus d'infractions à la discipline et de délits de droit commun.

Les réclusionnaires, hommes ou femmes, commettent plus de vols que les correctionnels, mais ils se livrent moins à la violence ou à l'immoralité, et se montrent plus soumis aux règlements.

Ce fait trouve son explication, dit la statistique de 1868, en ce que plus de la moitié des individus condamnés à la réclusion sont poursuivis pour attentats plus ou moins graves contre la propriété.

Nous avons relevé les comparutions au prétoire pendant l'année 1873 ; voici quelques chiffres :

205 détenus ont comparu une fois au prétoire ; parmi ces 205 détenus nous en voyons 442 reparaître 2 fois, 73 trois fois : — ce personnel ne varie guère — ; 39 ont reparut 26 fois.

26 comparutions, c'est le chiffre le plus élevé pour 1873.

§ II. — *Coup d'œil psychologique sur la population de la maison centrale.*

Comme l'a dit le Dr Joret, « la population des prisons est une population à part. Elle a ses habitudes, son esprit, sa manière d'être et jusqu'à son langage qui sont différents des habitudes, de l'esprit et de la manière d'être des autres hommes. C'est une caste particulière qui a son cachet, et sous ce cachet uniforme se confondent des types bien dissimilaires. »

En général, l'éducation des prisonniers est nulle : très-peu savent lire et écrire ; — quelques-uns savent lire seulement et la plupart n'ont jamais rien appris. Un certain nombre néanmoins ne sont pas dépourvus d'intelligence.

La pédérasie et l'onanisme sont des vices communs dans nos prisons, en dépit de la surveillance active à laquelle les détenus sont soumis de jour et de nuit.

On se figure difficilement jusqu'à quel point la dépravation et la perversité conduisent certains détenus. De là ces ignobles contacts, qui amènent des accès de jalousie aboutissant souvent à des voies de fait.

On peut dire que l'on trouvera dans la population des maisons centrales, comme dans celle des asiles d'aliénés, des tranquilles, des semi-tranquilles, des agités et des incurables.

On peut la considérer, au point de vue moral, comme

comprenant trois classes bien tranchées, ainsi déterminées dans la statistique des prisons, année 1868 :

1° — « Les condamnés non vicieux, ou dont la perversité ne constitue pas l'état chronique, et qui ont failli pour la première fois sous l'action de quelque entraînement passager, de quelque sentiment violent et instantané. »

Dans cette classe on trouve l'homme égaré, entraîné par une espèce de paroxysme mental momentané. Il a conservé les sentiments de l'honnête homme.

Il gardera intérieurement le feu sacré du foyer domestique, l'amour de la famille et les élans d'un cœur sensible.

Chez lui l'épiderme moral est atteint, mais la plaie est encore superficielle et peut guérir. — Il souffre, il est capable de repentir.

La torture morale peut l'atteindre et l'emprisonnement peut faire naître chez lui un état d'abattement et de prostration favorable au développement de la folie, mais rarement capable de la faire naître.

Il a eu souvent l'avantage de l'éducation, et peut avoir reçu une certaine instruction. — Il peut s'amender. Le quartier d'amendement de la prison est composé de condamnés de cette classe.

Ces détenus forment la portion la moins nombreuse et la plus tranquille de la maison ; ils remplissent leur tâche avec exactitude ; ils se conforment à la discipline et ont à cœur de racheter leur faute par une conduite exemplaire.

Quelques-uns, condamnés pour la première fois, se trouvent néanmoins mélangés à la population ordinaire et doivent figurer dans cette classe.

A leur entrée et dans les premiers temps de leur détention, ils paraissent également animés de bons sentiments ; ils ont une conduite exemplaire.

Susceptibles de repentir, leur moral est moins solide,

moins bien équilibré. — La contagion de l'exemple, le souffle impur de la prison est à redouter pour eux.

On verra parfois leurs bons sentiments faire place à l'indifférence. Ils sont en train de descendre la pente qui doit les conduire à enfreindre les règlements et plus tard à une rechute.

2° — « Les condamnés profondément méchants vivant dans une révolte constante contre toutes les lois, accomplissant le mal avec réflexion, et tenant école de corruption pour se former des complices, dont les uns deviennent leurs associés, tandis qu'ils exploitent les autres au profit de leurs mauvais penchants. »

Ici nous trouvons des hommes perdus par la débauche et dont la vie offre le spectacle d'un désordre complet.

Nous en rencontrons à passions violentes, à caractère fougueux. La prison aigrit leur nature farouche. Captifs, ils méditent. Libres, ils rendront la société responsable des rigueurs qu'on leur a imposées; ils éclateront avec d'autant plus de violence et leurs passions seront d'autant plus redoutables qu'elles auront été plus longtemps contenues et maîtrisées. Ils se font remarquer par la perversion des sentiments, leur puissance à propager le mal et leur insociabilité.

La haine et la vengeance les animent, et souvent c'est bien plus pour nuire à autrui que pour s'enrichir qu'ils se sont rendus coupables.

On ne sait comment agir avec eux; ni la bonté, ni la sévérité ne peuvent les calmer. Leurs mauvais penchants les poussent parfois à des accès d'agitation, de fureur, qui pourraient pour un instant les faire comparer à des fous furieux.

Pervers intelligents, ils sont dangereux pour la société et semblent nés pour l'épouvanter. Dans la prison, ils se font remarquer par des menaces, par des voies de fait, et sont très-portés à la rébellion. Quand ils n'agissent pas par eux-mêmes, ils excitent les autres.

C'est dans cette classe que l'on doit placer les épileptiques.

3° — « La masse des inertes, des paresseux, brutes ou abrutis, incapables de concevoir de grands crimes, et sans influence sur ceux qui les entourent, mais prêts à servir d'instruments aux plus hardis malfaiteurs, gens dangereux par leur faiblesse même, qui les laisse à la merci de toutes les tentations, comme elle les rend inaccessibles à tous les enseignements salutaires. Celle-ci est de beaucoup la plus nombreuse. »

Là nous rencontrons les habitués de prison : ceux qui dans la vie libre, n'ont pas de profession, n'ont pas de domicile, qui mendient, vagabondent et rompent leur ban quand ils ont été soumis à la surveillance.

Elevés souvent au milieu de la paresse, de la débauche, ignorants de tous les devoirs de la vie, n'ayant été soumis à aucun culte religieux, ils se sont laissé entraîner aux exemples qu'ils ont eus sous les yeux et se sont facilement initiés aux habitudes criminelles.

Le sens moral leur fait défaut. Ils sont comme frappés d'une sorte d'imbécillité morale. Ces détenus à intelligence faible et défectueuse sont parfois excessivement rusés et méchants. Ils se font remarquer par leur hypocrisie. La plupart ont une physionomie abrutie, l'aspect stupide.

Ils sont généralement paresseux, manquent d'énergie vitale. Quelques-uns sont de véritables imbéciles.

Ils ne connaissent pas l'affection ; du reste, beaucoup, enfants naturels ou sortant des colonies, n'ont jamais pu apprendre à la connaître.

Le vice leur est inhérent et pour ainsi dire congénital. Ils ne semblent pas avoir une notion saine du bien et du mal. Beaucoup volent par instinct : tout ce que leur nature vicieuse les pousse à désirer, devient pour eux le droit. Le remords leur est inconnu. L'ignorance est ordinairement leur partage. Leur état physique laisse bien souvent à dé-

sirer. C'est chez eux particulièrement qu'on remarquera certaines déformations du crâne.

C'est à propos de ces détenus qu'on peut dire : « Il y a toujours quelque chose d'anormal dans l'intelligence de l'homme qui pèche contre la morale ou qui viole les lois sociales... »

C'est dans cette troisième classe qu'on trouvera un certain nombre d'hommes dont l'état mental, comme l'indique M. le Dr Lélut « sans être de l'aliénation, n'est pourtant pas un état de raison auquel puisse être attribué le degré même le plus ordinaire du libre arbitre et de culpabilité. » Aussi arrivera-t-il plus d'une fois qu'un tel état, ajoute M. Lélut, après avoir conduit au crime, finisse par devenir de la folie.

On y retrouvera aussi, comme l'a fort bien indiqué M. le docteur A. Foville, « ces êtres à organisation défectueuse, à penchants vicieux, à instincts maladifs, qui ne peuvent se fixer à aucune occupation suivie, ni supporter le grand air, sans devenir malades d'ivrognerie et de débauche. A moitié fous et à moitié sains, ils oscillent sans cesse entre la raison et le délire; ils sortent de prison pour entrer à l'asile; à peine hors de l'asile, ils retombent en prison. Se conduire raisonnablement quand ils sont en liberté, cela leur est absolument impossible. Par contre, dès qu'ils sont enfermés, ils redeviennent logiques dans leurs propos, réguliers dans leurs actes. »

Ces individus, comme l'indique M. Foville, sont une cause continuelle d'embarras pour les médecins aliénistes et pour les magistrats.

Cette année, nous avons reçu à la maison centrale, 3 détenus qui ont déjà fréquenté les asiles d'aliénés.

Deux ont été à Quatre-Mares, et le troisième, épileptique, a passé dans différents asiles.

Nous retrouverons donc dans cette classe, en dehors des cas d'aliénation mentale bien constatés dont nous allons

nous occuper, un certain groupe de détenus, véritable fonds de réserve, si l'on peut s'exprimer ainsi, variant peu d'une année à l'autre quant au nombre, et où se recrutent ordinairement ceux qui seront transférés comme atteints d'aliénation mentale.

Un de ces groupes de dix détenus furent présentés à M. l'inspecteur général Lunier, lors de son inspection du 6 juin 1873.

Comme l'a indiqué M. le Dr Baillarger, la violence du caractère et des passions réunies chez certains sujets à une intelligence peu développée, peut conduire également au crime et à la folie.

La faiblesse d'intelligence seule, portée à un certain degré, est également, selon cet aliéniste distingué, une autre cause qui conduit au crime et à la folie.

Cette violence de caractère et des passions réunie à une intelligence bornée, la faiblesse d'intelligence seule, se rencontrent fréquemment dans les maisons centrales.

D'ailleurs, les causes des crimes ou délits qui ont amené les individus dans nos prisons, ne sont-elles pas celles que l'on retrouve comme pouvant également conduire à la folie?

L'hérédité, la débauche, l'intempérance, la misère, le découragement et le désespoir, la mauvaise éducation, les malheurs domestiques, les passions, la vengeance, la haine l'amour, la jalousie, ne conduisent-ils pas à l'un et à l'autre et quelquefois de l'un à l'autre?

A la suite de ces considérations psychologiques, nous croyons devoir donner un état de la population de la maison centrale au 22 septembre 1874.

Le 22 septembre 1874, la maison centrale renfermait 4082 détenus :

398 subissaient leur première condamnation ;
 466 subissaient leur deuxième condamnation ;
 427 subissaient leur troisième condamnation ;
 93 subissaient leur quatrième condamnation ;
 298 y étaient pour une cinquième condamnation ou plus ;

49 ont subi la peine des travaux forcés à temps ;
 24 ont été élevés dans des maisons de correction ;
 52 sont classés au quartier d'amendement et 14 aux
 vieillards ;

16, non épileptiques, d'une nature indomptable, ont été
 mis à part dans un dortoir, travaillent à part et sont l'objet
 d'une surveillance spéciale ;

105 ont été condamnés pour rupture de ban ;

34 ont été condamnés pour vagabondage ;

32 ont été condamnés pour mendicité.

Parmi les détenus subissant une première condamnation :

203 ont été condamnés pour vols, tentative de vol, recel ;

62 ont été condamnés pour attentat à la pudeur ou viol.

59 pour escroquerie, abus de confiance, faux ou banque-
 route frauduleuse ;

40 ont été condamnés pour rébellion ;

5 ont été condamnés pour vagabondage ;

3 ont été condamnés pour mendicité ;

Et les autres pour différents motifs.

Passons maintenant à l'exposition et à l'appréciation des
 faits. Nous aurons surtout à étudier les causes de la folie et
 à rechercher parmi ces causes la part qu'il faut faire à l'em-
 prisonnement.

Dans un premier chapitre nous donnerons chaque obser-
 vation suivie de remarques ; en adoptant l'ordre d'entrée à
 l'asile ; puis dans un second, nous tirerons de ces observa-
 tions les conclusions qui en découlent et viendront confir-
 mer les opinions émises.

§ III. — *Observations.*

OBSERVATION I. — Folie simulée.

N... (Jules-Théophile), âgé de 23 ans, né en Belgique, céli-
 ataire, employé, ayant une certaine instruction, entre à la
 maison centrale de Gaillon le 14 janvier 1867.

Il avait été condamné le 18 décembre 1866, par les assises de la Seine, à quatre ans de prison pour soustraction frauduleuse à l'aide d'effraction dans une maison habitée. Pas de condamnation antérieure. Sur la statistique médicale, il est noté comme offrant, à son arrivée dans la maison, des apparences d'aliénation mentale et jouissant d'une bonne constitution.

Mon prédécesseur délivre un certificat le 17 janvier pour le faire admettre dans un asile d'aliénés, comme étant atteint de démence. Transféré à l'asile d'Evreux le 23 janvier, il parvient à s'évader deux jours après. Sur le registre d'entrée, M. le docteur Védie, alors directeur de l'asile, écrit ce qui suit :

« Au moment de son entrée, le nommé N... nous paraît simuler l'aliénation mentale. Nous le lui disons en présence de ceux qui l'amènent et des employés de la direction. Il exagère évidemment l'état de démence stupide et se livre à des mouvements de physionomie et de corps qui ne sont pas habituels aux aliénés. Nous recommandons en conséquence qu'on le surveille de près. Malgré cela, il s'évade deux jours après en franchissant les murs du jardin de son quartier. »

Remarques.— Malgré le manque de renseignements postérieurs à l'évasion, nous croyons qu'il n'y a pas à hésiter et qu'il faut ranger ce cas parmi ceux de folie simulée.

La démence, aboutissant des autres formes de folie, paraît peu se concilier avec l'âge du sujet et avec la cause de la condamnation, et surtout la démence stupide ainsi caractérisée par M. A. Foville.

« Dans cette démence, dit l'habile aliéniste, le masque de la stupeur peut coïncider, non plus avec une concentration excessive ou une suspension temporaire des facultés psychiques, mais avec leur anéantissement réel ; les malades restent constamment immobiles, ne parlant pas, ne s'habillant pas, ne mangeant que par contrainte ; leur physionomie n'est jamais traversée de la moindre lueur d'intelligence, du moindre éclair de volonté. »

OBSERVATION II. — Manie. — Alternatives de calme et d'agitation pendant les premiers temps du séjour à l'asile. — Folie furieuse ne discontinuant plus du mois de janvier au mois de juin 1868. — Mort subite le 22 juin, due au passage du bol alimentaire dans la trachée.

Fr... Georges, âgé de 38 ans, né à la Nouvelle-Orléans, marié, exerçant la profession de marchand ferrailleur, ayant une certaine instruction, est condamné le 29 avril 1865 à 5 ans de prison et 5 ans de surveillance, pour soustraction frauduleuse.

Il arrive à la maison centrale de Gaillon le 6 juillet 1865.

Le 9 décembre 1866, il entre à l'infirmerie pour une plaie de tête, ayant nécessité un traitement de huit jours.

Le 3 février 1867, le docteur Kuhn, mon prédécesseur, demande son admission dans un asile d'aliénés.

Depuis une semaine environ, Fr... présentait des symptômes de manie aiguë, symptômes qui, s'aggravant de jour en jour, étaient une cause incessante de trouble et de désordre.

Un arrêté préfectoral du 28 février ordonne son transfèrement à l'asile d'Evreux, où il arrive le 4 mars.

Depuis son entrée à la maison centrale jusqu'au jour de son transfèrement, il avait paru 47 fois au prétoire pour : injures à un chef de chambre — disputes — voies de fait — trouble de l'ordre dans l'atelier -- récriminations au prétoire — trafic de comestibles pour du tabac — bavardage — mauvaise tenue.

Le 25 janvier, il était entré dans un atelier qui n'était pas le sien et il y avait pris une boîte appartenant à un autre détenu.

Le 29, il mit le désordre dans le dortoir en jetant des noix sur le parquet.

D'un tempérament nervoso-sanguin, d'une constitution robuste, ce détenu, à son arrivée à l'asile d'Evreux, se montra très-calme, répondant d'une façon lucide à la plupart des questions qu'on lui adressait. Il niait qu'il eût jamais donné aucun sujet de mécontentement à Gaillon. Son peu de connaissance de la langue française et son accent étranger rendaient souvent la conversation assez difficile avec lui; mais il faisait tous ses efforts pour se faire comprendre. Il demanda plusieurs fois de quoi écrire, et dans un mélange de français et d'anglais, il donna d'assez longs détails sur la façon dont il avait été arrêté à Paris.

Il avait rencontré, dans un voyage à Paris, trois de ses com-

patriotes et il avait été emprisonné pour un vol que l'un d'eux, un jeune homme, avait commis.

Il prétendit qu'on le maltraitait à Gaillon, qu'on l'avait mis au cachot et qu'on l'avait frappé : on lui avait, disait-il, enfoncé dans la tête un poinçon à une profondeur de 5 à 6 centimètres. Il montrait l'endroit, mais il était impossible d'y découvrir la moindre cicatrice.

Nous avons dit qu'il était entré à l'infirmerie pour une plaie de tête qui a dû être légère, à en juger par le temps du séjour à l'infirmerie. Cependant, comme on a pu le voir, c'est à la suite de la guérison de cette plaie qu'il commença à donner des signes d'aliénation.

Ordinairement tranquille, laborieux et serviable, Fr... donna assez de satisfaction pour qu'à deux reprises différentes on l'ait changé de quartier et placé dans des conditions où il avait relativement un peu plus de liberté ; mais aussitôt il tentait de s'évader.

Il avait des périodes assez rares pendant lesquelles il devenait sombre, triste et de mauvaise humeur ; il ne travaillait plus, restait dans l'immobilité ou marchait à grands pas.

A la visite du matin, on le trouvait alors tout prêt à pleurer. Il refusait presque absolument de parler et ne mangeait pas, quelquefois pendant trois jours consécutifs ; puis, quand cette période était passée, il reprenait de lui-même ses habitudes, son travail, ses parties de dames ou de dominos.

Dans les premiers jours d'août, Fr... s'imagina que l'empereur devait lui faire remise complète de sa peine ; dès lors, il parle sans cesse de sa sortie prochaine, il veut que sa femme vienne d'Angleterre lui apporter ses effets et il lui écrit plusieurs lettres dans lesquelles il se montre très-affectueux pour elle et pour ses enfants.

Ce fut pour lui une grande déception de voir passer le 15 août sans changement dans sa position et à partir de ce moment ses accès de mauvaise humeur devinrent plus fréquents.

Le 29 janvier 1868, il frappe sans motif un autre malade. Pendant tout le mois de février, il présente des accès d'agitation maniaque furieuse ; il frappe les surveillants, leur jette des assiettes à la tête, se heurte le front contre les murs. On est obligé de l'enfermer dans une cellule avec la camisole de force.

Pendant les mois de mars, avril et mai, il n'a pas cessé

d'être agité. Il a fallu le tenir en cellule avec la camisole. Dès qu'il est libre et malgré ses promesses, il se frappe le front contre les murs pour se luer. Mutisme volontaire absolu, quelquefois refus d'aliments.

Le 22 juin, on vient avertir tout à coup M. le docteur Védie, alors directeur de l'asile, que Fr... suffoque. En effet, il avait cessé de vivre lors de l'arrivée de M. Védie.

L'autopsie démontra que la mort était due au passage du bol alimentaire dans la trachée.

Remarques. — Dans cette observation, on voit la folie éclater un mois après une plaie de tête ayant nécessité un séjour à l'infirmerie de la prison et survenue 18 mois après l'arrivée du condamné dans la maison centrale.

Peut-on considérer cette plaie comme ayant été le point de départ du développement de l'aliénation mentale? Il nous semble difficile de l'admettre.

Doit-on incriminer l'emprisonnement?

Si nous suivons Fr. dans sa vie de détenu, nous le voyons pendant les six premiers mois de son séjour à la prison, travailler régulièrement et montrer une bonne conduite.

Il ne paraît que deux fois au prétoire: une première fois pour ne pas s'être levé à l'heure (27 septembre 1865), et une seconde fois (28 décembre) pour bavardage à la chapelle.

A partir du mois d'avril 1866, les infractions deviennent de plus en plus graves et nécessitent trois fois l'application de la peine du cachot.

A la fin de janvier 1867, la folie éclate d'une façon évidente et le 3 février on demande son transfèrement à l'asile d'Évreux.

Nous n'avons pas de renseignements sur ses antécédents: nous ignorons s'il est issu d'une famille dans laquelle la folie, l'épilepsie ou d'autres névroses existent. Nous savons qu'il était d'un tempérament nervoso-sanguin.

En écartant les causes héréditaires, on doit admettre que le développement de la folie a été préparé sourdement par les rigueurs de la vie de prison.

Ce détenu appartient à la première catégorie de notre population prisonnière; il a reçu une certaine instruction, il n'a pas eu de condamnations antérieures.

On comprend que le séjour de la prison, par la tristesse qu'occasionne la privation de la liberté, des relations de famille et d'amis, par la contrainte du silence, par l'obligation d'un travail manuel inévitable et pénible pour celui qui n'en a pas l'habitude, par l'idée qu'on a perdu ou tout au moins gravement compromis sa position sociale peut, chez certaines natures, amener le développement de la folie.

Nous disons chez certaines natures, car il faut admettre que les effets de l'emprisonnement sur le moral varient selon les sentiments du détenu et les circonstances qui ont entouré son existence.

Ces effets, comme l'a indiqué Villermé, ne sauraient être les mêmes pour celui qui trouvait le bien-être, le bonheur au sein de sa famille et pour l'individu qui était plongé dans la misère; pour le commerçant dont le séjour en prison doit entraîner la ruine, et pour le paresseux, le vagabond qui ne peut rien perdre; pour l'homme doué de sensibilité, ayant toujours vécu honnêtement, auquel un moment d'égarement ou de passion a fait commettre une faute et pour l'être endurci dans le crime, qui ne connaît ni le repentir, ni la honte.

Chez Fr... l'emprisonnement nous paraît être, à défaut de cause héréditaire, la cause probable de la folie.

OBSERVATION III. — Lypémanie avec délire de persécution et alternatives d'excitation et de calme. — Folie simulée.

L... (Adrien), dit Dan... (Édouard), entre à la maison centrale de Gaillon le 45 juin 1867. Agé de 35 ans, célibataire, journalier, né à Caen, illettré, il avait d'abord, le 22 juin 1866, été condamné par contumace, à Falaise, une première fois pour vol à 18 mois de prison et à 5 ans de surveillance. Il fut une deuxième fois, le 24 mai 1867, condamné à Louviers pour le même motif à 3 ans d'emprisonnement sous le nom de L...

Enfin, le 22 août 1868, il fut puni de 4 mois de prison sous son nom véritable, D..., pour rupture de ban.

A son entrée à la maison centrale, il fut classé à l'atelier de la laine et il est noté comme jouissant d'une bonne santé et atteint d'une hernie inguinale.

Du 25 juin jusqu'au 18 novembre, il comparut 14 fois au prétoire pour : mauvais travail — saletés dans le dortoir — disputes — bavardage.

Le 17 novembre, il cause du désordre dans l'atelier et dans le dortoir par ses cris et ses pleurs.

Il est alors considéré comme étant ou faisant semblant d'être fou. On le place en cellule, puis de là à l'infirmerie pour y être observé.

Le 24 novembre, il est transféré à Évreux comme étant atteint d'aliénation mentale.

Dans son certificat de quinzaine, M. le docteur Védie le considère comme atteint de lypémanie avec délire de persécution et alternatives d'excitation et de calme.

Quand il est agité, il est violent, il menace et frappe ceux qui l'entourent. Il se lève la nuit et fait du bruit.

Lorsqu'il est calme, il est doux, serviable et laborieux.

Le 10 mars 1868, il s'évade et revient de lui-même à l'asile le 13. Il a erré pendant 2 jours et demi, et comprenant qu'il ne pouvait rester au dehors sans se faire arrêter pour vagabondage, il a préféré revenir de lui-même.

Il paraît donc atteint de lypémanie intermittente : lucide dans les intervalles de ses accès, il se montre dangereux pendant ceux-ci.

Le 6 mai, il s'évade de nouveau, sans que rien ait pu faire soupçonner le moindre mécontentement de sa part. Réintégré le 10 il s'évade encore le 24 du même mois.

Sa manière d'être à l'asile d'Évreux et ses évasions font que l'on croit à la simulation de la folie; aussi, est-il rayé de la population de l'asile et réintégré à Gaillon le 7 février 1869.

Depuis sa réintégration jusqu'au 5 octobre 1871; époque de sa mort causée par une diarrhée chronique, il paraît 23 fois au prétoire pour les motifs suivants classés par ordre de fréquence : dispute — refus de travail ou mauvais vouloir pour le travail — voies de fait — bavardage — mauvais travail — bruit dans le dortoir — menaces à un chef de chambre — paresse.

Remarques. — Ce détenu, qu'on doit ranger dans la troi-

sième classe de notre population, a été reconnu d'abord comme étant atteint de lypémanie avec alternatives de calme et d'agitation.

Si, vers la fin de son séjour à l'asile, il a donné des doutes au point de vue de la folie réelle, d'après les renseignements recueillis depuis son retour à Gaillon, il aurait présenté des bizarreries de caractère qui nous permettent de le considérer comme appartenant au groupe de ces individus qui ont un pied dans le domaine de la raison et l'autre dans celui de la folie.

Les motifs qui, après sa réintégration à la maison centrale amenèrent sa présence au prétoire paraissent indiquer que ses allures furent à Gaillon un diminutif de ce qu'elles avaient été à Evreux.

OBSERVATION IV. — Lypémanie avec hallucinations et idées de persécution.

R... (Adolphe), âgé de 27 ans, né à Rouen, a été condamné le 8 décembre 1864 à 40 ans de réclusion pour atteinte à la pudeur. Il entre en prison le 15 janvier 1865. Il n'a pas subi de condamnations antérieures. Célibataire, manoeuvre, il sait lire et écrire.

Il jouissait à son entrée à Gaillon d'une bonne constitution.

Du 23 février 1867 au mois de juillet, il a été admis 3 fois à l'infirmerie : 2 fois pour mélancolie, et une troisième fois, le 16 juin 1867, pour varicelle.

Le 20 juillet 1867, le docteur Kuhn délivre un certificat constatant que R... présente des signes non équivoques d'aliénation mentale et qu'il y a lieu de demander qu'il soit transféré dans un asile d'aliénés.

La demande est renouvelée le 20 novembre, et, le 3 janvier 1868, il est envoyé à l'asile d'Evreux comme étant atteint de lypémanie avec hallucinations et offrant par intervalle des accès de manie furieuse.

Depuis son entrée à la maison centrale jusqu'à son départ pour l'asile, il est venu 32 fois au prétoire. Jusqu'au 4^{er} décembre 1866, c'est surtout pour bavardage.

Le 4^{er} décembre pour voies de fait.

Le 26 janvier 1867, pour refus de se lever pour faire sa faction de nuit. Il retire ses galons de sous-chef de chambre.

Le 28 janvier, il reste longtemps sans travailler, se disant malade.

Le 22 février, désordre dans le dortoir par des cris, des grimaces.

Le 16 mars, circulation dans les cours sans permission.

Le 13 août, injures grossières au pharmacien de la maison.

Le 13 octobre, injures, menaces, tentatives de voies de fait sur un gardien.

Le 29 octobre, on le met en cellule par mesure administrative.

Il est considéré par M. Védie, quelque temps après son arrivée à l'asile d'Évreux, comme lypémanique halluciné, dominé par des idées de persécution.

Condamné pour attentat à la pudeur, il prétend avoir été victime d'une misérable qui l'aurait attiré chez elle et qui, pour en tirer de l'argent, l'aurait accusé d'avoir voulu se livrer sur un enfant à des actes contre la pudeur.

Quoi qu'il en soit, il s'imagine que tout est perdu, que tout Gaillon est accablé de misères, que tous les détenus, que toute l'administration sont frappés de maladie.

Il croit que le monde doit porter la peine de l'erreur de la justice.

Il est généralement triste et sombre, le plus ordinairement, il présente un grand affaiblissement moral et physique, et de temps en temps un peu d'excitation maniaque.

Dans un certificat de situation du 12 août 1868, M. le docteur Védie dit : « Son intelligence semble s'affaiblir chaque jour davantage ; il devient de plus en plus incohérent et tend à tomber dans un état de démence complète. Il est peu probable qu'il se relève de cet état ; toutefois, il est impossible de le considérer, quant à présent, comme incurable.

» Quelle que soit son appréciation sur le fait qui a déterminé sa condamnation, il est très-vraisemblable que R... dont les sentiments m'ont toujours paru ceux d'un honnête homme, n'est tombé aliéné que par suite du fait même de sa condamnation ou des circonstances qui l'ont amenée. »

Il obtient une remise du restant de sa peine par décision impériale du 27 mars 1869.

Comme il est tranquille depuis plusieurs mois, qu'il travaille

régulièrement, qu'il paraît inoffensif, il est remis à sa mère le 20 avril 1869.

Remarques. — R... appartient à la première classe des prisonniers qui peuplent nos maisons centrales.

Il n'a pas subi de condamnations antérieures. Ses sentiments ont toujours paru à M. le docteur Védie, ceux d'un honnête homme. Dans son certificat d'envoi, le docteur Kuhn dit :

« Il me paraît évident que la première origine de l'affection mentale est antérieure à l'entrée de ce malade à la maison de Gaillon ; même antérieure à sa condamnation et qu'elle se rattache à des conditions congénitales peut-être héréditaires. »

Pour M. le docteur Védie, R... serait devenu fou à la suite du fait même de sa condamnation ou des circonstances qui l'ont amenée.

En présence de l'opinion de ces deux médecins, l'on ne saurait dire que l'emprisonnement a été la cause de l'aliénation de ce détenu.

Doit-on admettre une influence héréditaire ?

M. le docteur Védie, qui a été en relation avec la mère de ce malade, ne signale pas cette influence, ce qu'il n'aurait pas manqué de faire, si elle eût existé.

Nous nous rangeons donc à l'opinion de M. Védie.

On conçoit aisément combien doivent être grandes les angoisses d'un malheureux qui, n'ayant jamais paru devant un tribunal, se trouve assis sur le banc des assises, espérant un acquittement et redoutant une condamnation.

Les anxiétés de la prévention, la seule crainte de comparaître devant la justice, peuvent même amener de semblables angoisses. Il n'y a guère que les scélérats consommés ou les gens stupides qui ne ressentent pas ces tourments. D'ailleurs n'est-ce pas là une cause qui a été signalée par les auteurs et particulièrement par MM. Lélut et Baillarger ?

OBSERVATION V. — Démence sénile.

G... Louis, âgé de 66 ans, brocanteur, déclaré coupable avec circonstances atténuantes d'avoir, en 1861, 1862 et 1863, recélé de l'argent et des objets provenant de vols commis conjointement, la nuit, à l'aide d'escalade et d'effraction dans des maisons habitées, est condamné à 5 ans de prison.

A son entrée à la maison centrale, le 21 mai 1864, sa santé physique est très-affaiblie ; il n'y voit presque pas, il est atteint d'une hernie.

Il ne sait lire ni écrire.

Transféré après libération (il était libérable le 5 août 1868) à l'asile d'Évreux, le 26 septembre 1868, il est resté dans la prison jusqu'à cette époque sur avis de notre prédécesseur.

Jusqu'au 31 août 1866, il est cité 15 fois au prétoire pour : bavardage, dispute, mauvais travail, paresse ; une fois pour s'être introduit pendant la récréation dans l'atelier et y avoir pris de l'ouvrage fait par d'autres détenus pour ajouter au sien (18 juillet 1864) ; une autre fois pour avoir été trouvé nanti d'une certaine quantité de laine, d'un mouchoir, d'une serviette.

Deux admissions à l'infirmerie : en 1864, pour varicocèle ; en 1865, pour rhumatisme articulaire aigu (44 journées d'infirmerie).

Il est admis à Evreux comme étant atteint de démence sénile : intelligence nulle, il est incapable de répondre aux moindres questions. Il présente un peu d'excitation au moment de son entrée.

Il fait un peu de bruit pendant la nuit. Il est atteint au bout de quelques jours d'une pneumonie à laquelle il succombe le 24 octobre.

Remarques. — La folie de ce détenu passe inaperçue à son entrée dans la prison ; cependant, dès les premiers mois, il est cité au prétoire pour des infractions qui paraissent dénoter un dérangement intellectuel.

Nous pensons que dans ce cas encore l'emprisonnement n'a eu aucune influence et que l'âge seul peut être mis en cause, ainsi que l'atteste le diagnostic porté par MM. Kuhn et Védie.

A ce sujet, rappelons que la vieillesse dans la prison, comme l'a très-justement indiqué Ferrus, a d'autres limites que dans la vie libre : « A cinquante ans, terme moyen, le prisonnier est déjà vieux ; les émotions, la débauche, la misère le conduisent à une invalidité précoce. »

OBSERVATION VI. — Paralyse générale.

L... (Jean-Baptiste-Nestor), âgé de 45 ans, a été condamné le 12 novembre 1869 à 13 mois de prison pour vol ; il est entré dans la maison centrale de Gaillon, le 6 décembre 1869.

Marié, ayant deux enfants ; il exerçait la profession de marchand de moutons.

Né aux environs de Bernay, il fut pendant sept ans à la tête d'une ferme ; mais il fut obligé de résilier son bail faute de pouvoir en remplir les conditions.

Le 16 juin 1864, il fut déclaré en faillite par le tribunal de commerce de Bernay.

Il était adroit et intelligent dans son commerce, gagnant facilement de l'argent, le dépensant de même.

La passion du jeu et l'abus des boissons l'ont réduit à la misère.

Après avoir quitté sa ferme, son dénûment est devenu complet. Sa femme a été obligée de se placer comme servante pour pouvoir suffire à ses besoins et à ceux de ses enfants.

Abandonné à lui-même et ne sachant plus comment vivre, il a mené une vie errante. Déguenillé, amaigri, l'air effaré, il parcourait les marchés dans l'espoir de rencontrer quelque connaissance pour avoir l'occasion de boire.

On le fuyait, on le considérait comme fou.

Le vol, cause de sa condamnation, indique la folie. Après avoir dîné chez un marchand de moutons avec lequel il avait été très-lié, il alla prendre deux moutons dans sa bergerie et les conduisit à environ 15 kilomètres chez une autre personne qu'il connaissait et à laquelle il en proposa la vente.

L... appartenait à une honnête famille. Son père et sa mère sont morts de vieillesse. Son frère est d'une bonne constitution. Lui-même avait toujours joui d'une bonne santé.

Ces renseignements nous ont été fournis par le fils du propriétaire de la ferme louée par L...

A son entrée à la maison centrale, son état mental paraît malsain. Jusqu'à l'époque de son transfèrement à l'asile d'Évreux, on le voit paraître plusieurs fois au prétoire : trois fois pour paresse, deux fois pour vol de pain au préjudice d'un autre détenu, une autre fois parce qu'on le trouve nanti d'une cravate blanche de la buanderie et pour injures et voies de fait.

Nous demandons son admission à l'asile d'Évreux à la fin de décembre. Il y entre le 3 février 1870.

Il présente alors tous les symptômes de la démence paralytique.

Les pupilles sont inégalement dilatées. Il y a de l'hésitation dans la parole et dans la démarche, de l'affaiblissement musculaire, du tremblement des lèvres ainsi que des mains. On constate de la lenteur de conception, la perte de la mémoire des faits récents.

Quand on l'interroge, il répond juste à quelques questions, puis il se perd dans des divagations sans fin. Il a des alternatives d'excitation et de calme.

Habituellement assez doux dans ses périodes de calme, il se montre assez serviable; mais dès qu'il trouve un objet à sa convenance, il s'en empare et résiste avant de le rendre.

Il est gâteux et malpropre. Son délire orgueilleux est bien caractérisé; il se croit très-riche; il dit qu'il a des millions, des fermes et des châteaux qu'il a achetés avec ses économies.

Le 12 mai 1870, il meurt de marasme cérébral consécutif à la paralysie générale.

Il souffrait d'un écoulement nasal chronique.

Remarques — La cause de la folie de L... doit être attribuée à l'abus des boissons alcooliques. Il était aliéné à l'époque de son entrée à la maison centrale; on peut même dire qu'il l'était déjà au moment de sa condamnation.

Le vol qui a amené cette condamnation le prouve; il n'était que le symptôme de l'affection mentale.

Cette observation vient confirmer l'opinion que le docteur Sauze a émise dans un chapitre de son traité intitulé: de la kleptomanie des déments dans ses rapports avec la justice.

Il rapporte quatre observations de paralytiques condamnés pour vol.

Tous les médecins qui se sont occupés de l'étude des affections mentales, comme il le dit, ont constaté chez les individus atteints de paralysie générale, cette tendance au vol.

Ces vols sont généralement sans importance. Les paralytiques n'emploient ni la même habileté, ni la même ruse, ni les mêmes précautions que les voleurs de profession.

L'observation de L... prouve une fois de plus que les tribunaux méconnaissent parfois l'existence de la paralysie générale et condamnent des aliénés.

OBSERVATION VII. — Manie.

L... (Jean-Alexandre), âgé de 24 ans, célibataire, maçon, a été condamné le 24 juin 1870, à 2 ans de prison pour vol. Il fut incarcéré à la Roquette, qu'il quitta le 2 septembre pour venir à la maison centrale de Gaillon. Il sait lire et écrire.

A son entrée, il est noté comme jouissant d'une bonne constitution.

Il avait subi antérieurement 6 condamnations au-dessous d'un an : 5 pour vol et une pour outrages à un agent.

Le 5 septembre, il paraît au prétoire pour excentricité dans l'atelier : pour avoir ri et parlé à haute voix et mis le désordre dans l'atelier.

A partir de cette époque, son délire ne fit qu'augmenter de jour en jour. Il est transféré à l'asile d'Évreux le 9 novembre 1870.

C'est un maniaque : la politique est pour beaucoup dans son délire. Il est très-agité. Il parle sans cesse en prenant un ton emphatique et déclamatoire.

Il dort peu. Très-souvent agité pendant la nuit, il est plus calme après une nuit d'insomnie. Il mange fort peu. Parfois il se déshabille, et se met à déclamer en se frappant la poitrine avec le poing. Le désordre de ses idées offre des rémissions.

Ses conceptions délirantes se groupent autour de trois idées principales : ses croyances, Napoléon et la Vierge Marie. Il parle souvent de l'aumônier de la Roquette. Quelquefois, en invoquant Marie, il se met à genoux devant la fenêtre du cachot où on l'a renfermé.

Parfois, en apercevant le surveillant du cachot, il croit voir

Napoléon : « Oui, je le reconnais bien, c'est bien ses yeux, il a fait couper sa moustache » ; puis, prenant sa veste, il la place devant le guichet pour ne point voir.

En un mot, nous avons sous les yeux un cas de manie avec idées de grandeur et de persécution, dévotion exaltée, alternatives d'excitation et de calme.

Il meurt à l'asile le 12 juin 1874, par suite d'une péritonite consécutive à un étranglement herniaire du côlon transverse à travers une ouverture anormale du diaphragme.

M. le docteur Védie a publié le résultat de l'autopsie dans la *Gazette des hôpitaux* n° 38, 1874.

Remarques. — L... devient fou d'une façon évidente le troisième jour de son arrivée à la maison centrale. Il serait difficile, dans ce cas, d'accuser le régime disciplinaire de la maison d'avoir provoqué la folie.

Dans son certificat de quinzaine, M. le docteur Védie, le considère comme étant un garçon peu intelligent, très-prétentieux et très-mal pourvu du côté du sens moral.

Nous serions porté, vu ses idées délirantes, à admettre que chez cette nature prédisposée par l'intelligence et le moral, les événements politiques d'alors ont été la cause déterminante du trouble de la raison.

OBSERVATION VIII.— Folie simulée.

C... (Édouard), âgé de 33 ans, célibataire, illettré, était domestique de ferme. Il a été jusqu'à l'âge de 20 ans dans une maison de correction.

Entré dans la maison centrale le 29 mai 1870, par suite d'une condamnation à 15 mois de prison pour vol, il avait déjà six condamnations : 8 jours de prison pour outrage public à la pudeur ; 4 mois pour la même cause et de plus pour injures à un fonctionnaire ; 6 mois pour rébellion ; 3 mois et 2 ans pour vol ; 6 mois pour vagabondage et outrage public à la pudeur.

Depuis son entrée à la maison centrale jusqu'au mois de février 1874, il a été cité 26 fois au prétoire pour paresse, dispute, voies de fait, troubles à l'atelier, désordre au dortoir.

Depuis le commencement de janvier 1874, il se fait surtout remarquer par des voies de fait et porte le trouble dans le dortoir et dans l'atelier.

Il est généralement triste, mélancolique; il ne parle à personne, mais il parle souvent seul et tout haut. La nuit, il dort peu, il se lève parfois et s'habille, se promène dans le dortoir et prétend qu'il monte la garde pour ne pas être assassiné.

A l'atelier, s'il entend causer, il s'imagine qu'il est l'objet de la conversation et que l'on trame des complots contre lui.

Étant en cellule, il est resté deux jours sans vouloir manger.

Lorsqu'on va l'y voir, il se met à sourire, baisse la tête et ne répond pas si on lui adresse la parole.

Les allures de ce détenu nous parurent suspectes et quoique, ayant quelques doutes sur l'existence de sa folie, nous demandons néanmoins son transfèrement à Évreux; afin qu'il puisse être observé mieux que nous ne pouvions le faire à la maison centrale.

Entré à l'asile d'Évreux le 44 avril 1874, après un examen attentif, M. le docteur Védie le considère comme simulant la folie, tout en le signalant comme un esprit étroit, rusé et audacieux, dangereux peut-être, mais non inconscient. Maintenu à l'asile jusqu'à sa libération (27 juin), il a dû se rendre à sa résidence assignée : Auxi-le-Château (Pas-de-Calais).

Remarques. — Nous avons demandé le transfèrement de C..., bien que doutant un peu de sa folie. Il s'agissait là d'un de ces cas difficiles à apprécier, surtout lorsque l'examen doit se faire dans une prison non organisée pour cela, ce qui nuit d'autant aux résultats de l'observation.

Pour M. Védie, C... a simulé la folie.

« Lorsque nous l'interrogeons à son arrivée, dit cet aliéniste, il sait bien nous dire qu'il n'a jamais accompli aucune mauvaise action et lorsque nous lui disons qu'il a été frappé de 7 condamnations, il reste comme interdit et sans réponse.

« A partir de ce moment, il cherche à en imposer par des actes puérils et bizarres, mais qui ne ressemblent en rien à

ceux d'un fou. Il rit niaisement et toujours et à propos de tout, quand on lui parle. Mais une seule douche lui prouve qu'on ne veut pas être dupe de ses singeries; aussi se met-il au travail et s'occupe-t-il régulièrement.

« A partir de ce moment, il est convenable dans son langage et dans ses actes.

« C'est un esprit étroit, rusé et audacieux, dangereux peut-être, mais non inconscient. »

Son frère, qui était en prison à la même époque que lui nous a affirmé qu'il n'y avait jamais eu de cas de folie dans sa famille, et que C... n'avait jamais offert les symptômes qui appelèrent notre attention.

Nous signalerons d'une façon spéciale que ce détenu, âgé seulement de 33 ans, avait subi 7 condamnations et avait été enfermé jusqu'à 20 ans dans une maison de correction.

OBSERVATION IX. — Démence.

L... (Maurice), entré le 19 mai 1868 dans la maison centrale, a été condamné à 10 ans de prison pour vol, coups et blessures volontaires.

Marié, père de trois enfants, âgé de 48 ans, ne sachant ni lire ni écrire, il exerçait la profession de charretier.

Il avait subi antérieurement quatre condamnations pour vol : deux au-dessous d'un an, et deux au-dessus.

A son entrée, il est noté comme étant atteint de surdité et jouissant d'une bonne constitution.

Son transfèrement à Évreux a lieu le 11 avril 1871. Jusqu'à cette époque, il avait subi de nombreuses punitions (36) qui presque toutes ont pour cause : paresse, saletés, voies de fait, refus d'obéissance.

Le 3 mars 1871, on le trouve seul dans une pièce aboutissant à la cour des cellules, occupé à essayer d'ouvrir une porte avec son couteau. Interrogé sur ce qu'il voulait faire, il répond : « Je veux aller chez nous. »

Puni du cachot pour cet acte, il y est resté onze jours, à la suite desquels il a été placé en observation à l'infirmerie.

Au cachot comme à l'infirmerie, il n'a cessé de donner des signes de folie.

Au cachot, L... chantait presque toujours et à très-haute voix. La nuit surtout, il était très-agilé, et restait souvent monté pendant longtemps sur son baquet, ce qui lui permettait d'atteindre aux barreaux de la croisée qu'il voulait ouvrir.

A l'infirmerie, ses nuits sont assez calmes, mais les journées sont mauvaises. Il ne veut écouter aucune observation, il veut chanter et crier à sa guise. Méchant et très-susceptible, il dit des sottises à ses codétenus sans motif; il s'empare de ce qui lui tombe sous la main : gobelets, pain, médicaments, pots de tisane, prétendant que tout est à lui; il menace de jeter à la tête les objets qu'on cherche à lui reprendre.

Très-sale, il ramasse dans la cour de l'infirmerie des ordures qu'il porte à sa bouche. Il satisfait ses besoins dans tous les vases qu'il trouve au cabinet, et jamais où il doit.

Il parle sans cesse d'aller à la chasse, à la pêche, en voyage. Il essuie presque toujours sa vaisselle avec le devant de sa chemise, et se mouche avec ses draps, son bonnet, sa capote.

De quelque sujet qu'on veuille l'entretenir, il répond comme si on lui parlait de nourriture.

Aussitôt éveillé, il veut manger; il réclame de la salade, du café, disant qu'on lui prend tous ses aliments et qu'on veut le faire mourir de faim.

Tel il est à la prison, tel on le retrouve à l'asile d'Évreux. Il existe chez lui de l'affaiblissement général de l'intelligence, de l'instabilité dans les idées, des actes déraisonnables, de l'excitation maniaque presque continuelle. Il demande chaque jour sa sortie et se montre insupportable.

Il a souvent l'esprit inquiet, tourmenté et ne peut rester tranquille.

En un mot, on doit le considérer comme atteint de démence et comme incapable de se diriger seul.

Il s'évade le 15 août 1873 de l'asile d'Évreux, et dans un des bulletins trimestriels, M. le Dr Broc, actuellement directeur-médecin de l'asile d'Évreux, envoie la note suivante :

« A cette date (15 août) nous ne constatons aucune modification dans sa maladie, d'ailleurs incurable. Depuis quelque temps cependant, L... présentait une excitation qui ne lui était pas habituelle. »

Nous ne savons ce qu'il est devenu.

Remarques. — Chez L... la folie paraît évidente le 3 mars

1874, époque à laquelle il est soumis pour la première fois à notre observation, c'est-à-dire vers la troisième année de captivité.

Nous croyons ici à l'influence du régime disciplinaire de la maison sur le développement de la maladie.

Il avait des tendances à l'insubordination prouvées suffisamment par la fréquence des punitions qu'on a dû lui infliger. Elles ont été réprimées et contenues par le châtimement, et sa raison a pu en être ébranlée.

Cependant son intelligence bornée, l'absence d'éducation, les condamnations antérieures, dénotent chez ce détenu un état moral qui pourrait être considéré comme un acheminement au trouble déclaré de la raison.

(La fin au prochain numéro.)

RECHERCHES

SUR

L'ÉPILEPSIE ALCOOLIQUE

Par le Dr J. DROUET (1)

I. — *Données statistiques.*

Tous les médecins sont d'accord pour classer l'épilepsie et les convulsions épileptiformes parmi les phénomènes nerveux les plus graves de l'intoxication alcoolique. Appelé à observer les malades dans un milieu où l'alcool conduit tant de victimes, nous avons été à même d'observer souvent ces symptômes convulsifs et c'est le résumé de nos recherches à ce sujet que nous soumettons aujourd'hui à l'appréciation des lecteurs.

Le nombre des aliénés alcooliques entrés à l'asile de Ville-Evrard depuis le mois de février 1868 jusqu'au 15 juillet 1872 s'élève à 529. C'est l'étude de ces malades qui a servi de base à notre travail. Nous les avons tous connus assez pour reconstituer une partie de leur histoire à l'aide de souvenirs personnels. Toutefois, bien des lacunes nous auraient arrêté et nous aurions hésité à entreprendre ce mémoire sans le secours des renseignements complémentaires consignés dans les certificats de notre excellent maître, M. Dagron, méde-

(1) Ce mémoire nous a été remis par notre regretté confrère le 11 février 1874. Le nombre et l'étendue des matériaux que nous avons entre les mains ne nous ont pas permis de le publier plus tôt.

Cin-directeur de l'asile et dans les observations recueillies par MM. les internes qui se sont succédé dans le service.

C'est enfin un plaisir pour nous de remercier ici M. Magnan, médecin du bureau central d'admission des aliénés de la Seine qui a bien voulu nous communiquer quelques documents très-importants sur divers sujets alcooliques examinés par lui avant nous, et dès le début de leur délire.

Bien qu'un nombre égal de places soit réservé dans l'établissement aux malades des deux sexes, les alcooliques hommes tiennent de beaucoup le premier rang dans notre statistique. Nous en avons compté 442 contre 87 femmes. C'était là un fait prévu et qui se reproduit partout.

54 de ces aliénés, c'est-à-dire un peu plus du dixième, ont éprouvé des attaques à un moment ou à l'autre de leur maladie et nous nous sommes assuré qu'elles ne provenaient chez eux d'aucune autre cause que l'intoxication ébriuse aiguë ou chronique.

Si nous décomposons ce chiffre, nous voyons qu'il comprend :

45 hommes sur 442

9 femmes sur 87

La proportion des convulsionnaires est donc sensiblement la même dans les deux sexes.

Interrogée au point de vue de l'âge, la même statistique fournit les résultats suivants :

	Nombre des alcooliques.	Nombre des épilept.
Agé de moins de 20 ans.	4	0
de 20 à 30 ans.	96	2
de 30 à 40 ans.	188	24
de 40 à 50 ans.	144	20
de 50 à 60 ans.	89	8
de plus de 60 ans...	8	0
	<hr/>	<hr/>
	Total, 529	Total, 54

Ainsi qu'on le voit par ce tableau, l'épilepsie alcoolique

s'est présentée une fois sur cinquante cas chez nos malades âgés de moins de 30 ans, tandis que de 30 à 50 ans, elle s'est montrée une fois sur huit. Nous expliquerons bientôt quoi tient cette différence remarquable.

II. — *Rareté de l'épilepsie dans l'alcoolisme aigu.*

M. Dagonet admet une épilepsie consécutive à l'intoxication alcoolique aiguë. « On peut observer (1), dit-il, des personnes prises d'attaques épileptiformes violentes après avoir absorbé, *même accidentellement* et en assez grande quantité, du vin blanc par exemple mêlé à de l'eau-de-vie, surtout lorsque cette dernière est de mauvaise qualité. »

Cette opinion, partagée d'ailleurs par la plupart des médecins, est aussi la nôtre. Nous croyons que toutes les liqueurs enivrantes, prises à dose exagérée, peuvent, même après un excès unique, amener des convulsions. Toutefois, pour nous mettre d'accord avec la généralité des faits venus à notre connaissance, nous avons hâte d'ajouter que les convulsions sont rares dans l'alcoolisme aigu et plus rares encore dans les cas d'ébriété accidentelle. Mais leur peu de fréquence dans ces conditions ne permet pas de les nier d'une façon absolue, et nous citerons comme preuve de leur possibilité l'observation suivante :

Il s'agit d'un gardien de la paix, Lap....., âgé de 30 ans, qui nous a toujours soutenu avec une grande apparence de sincérité qu'il était ordinairement très-sobre. Ses excellents certificats et ses états de service sur lesquels aucune punition n'était inscrite nous autorisaient à ajouter foi dans une certaine mesure à ses déclarations réitérées. D'après son récit, trois jours avant sa séquestration, il avait été débauché d'une façon tout à fait contraire à ses habitudes par un de ses amis qui l'avait entraîné à Suresnes « pour y faire la

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1873, p. 390.

noce et fêter son réengagement. » Leur programme avait été si bien rempli que le soir Lap... couchait au poste. C'est là qu'il eut une crise d'épilepsie très-caractérisée. Il avait bu du vin, de l'eau-de-vie et un verre (*un seul*) d'absinthe. Le lendemain il était calme et put entrer à l'hôpital du Midi où, pour comble de malheur, il avait une blennorrhagie à faire soigner. A peine arrivé dans les salles, il fut pris de délire alcoolique intense : hallucinations terrifiantes de l'ouïe et de la vue, vision de flammes, de lueurs, d'objets hideux et effrayants, crainte d'être empoisonné par les potions prescrites ou d'être assassiné la nuit, agitation, etc... Conduit aussitôt à Ste-Anne et de là à Ville-Evrard, Lap... n'éprouva aucune nouvelle attaque convulsive et guérit en peu de jours.

Nous ne craignons pas de le répéter, l'observation de ce malade est une observation exceptionnelle. Dans l'immense majorité des cas venus à notre connaissance, l'épilepsie ne s'est pas montrée comme un symptôme initial, mais bien comme un symptôme tardif de l'empoisonnement alcoolique. Les convulsionnaires que nous avons eu à traiter étaient à peu près tous, sinon des buveurs de profession, du moins des ivrognes à répétition fréquente. Longtemps avant d'éprouver des convulsions, ils avaient passé par les diverses phases symptomatiques de l'intoxication alcoolique chronique. Leurs malaises avaient revêtu successivement tantôt la *forme gastro-hépatique* : dyspepsie, pituites, ictère léger, etc... et tantôt la *forme nerveuse* : délire passager, hallucinations terrifiantes, panopobie, sensiblerie, hébétéude, insomnies, congestions cérébrales, etc... Presque tous avaient eu à un moment ou à l'autre de l'embarras de la parole, du tremblement musculaire, des fourmillements, des crampes, des hyperesthésies ou des anesthésies partielles.

Les buveurs d'absinthe ne nous ont présenté sous ce rapport aucune particularité digne d'attention, et nous

prouverons un peu plus loin qu'ils n'ont pas montré (quoi qu'on ait pu prétendre à cet égard) une susceptibilité convulsive plus marquée que le commun des alcooliques.

Si nous n'avons rencontré que deux cas d'épilepsie ébrieuse sur cent aliénés alcooliques âgés de moins de 30 ans, il faut bien en conclure que l'épilepsie n'est pas un symptôme commun dans l'alcoolisme ou l'absinthisme *aigu*. Cependant, ce symptôme s'est présenté quelquefois et il convient dès lors de se poser la question suivante :

III. — *Quelles peuvent être les causes des crises convulsives dans l'alcoolisme aigu ?*

Nous pensons devoir faire figurer au premier rang les prédispositions morbides originelles ou acquises qui existent chez la plupart des hommes, sinon chez tous, prédispositions par suite desquelles leur organisme éprouve, sous l'influence des mêmes modificateurs, des accidents divers. Si latentes qu'elles soient, ces aptitudes morbides variées existent et il faudrait être aveugle pour les nier. Elles doivent donc, malgré leur profonde obscurité, entrer en ligne de compte pour l'interprétation d'un très-grand nombre de faits du domaine de la pathologie.

Donnez à dix buveurs la même dose de la même boisson alcoolique, vous observerez, malgré toute la similitude possible dans les conditions expérimentales, des effets très-divers d'un individu à l'autre. Chez l'un, les symptômes gastriques primitifs prédomineront et détermineront le vomissement ; chez l'autre, ce seront encore des troubles du côté de l'estomac qui surviendront, mais ils seront plus tardifs et se présenteront sous forme de dyspepsies ou de gastrites. L'un aura l'ivresse gaie, l'autre l'ivresse triste. Chez celui-ci, elle sera complète et prolongée, chez celui-là incomplète ou passagère. Pour quelques-uns, elle pourra devenir l'occasion d'une manie ou d'une lypémanie, pour d'autres, elle sera la

cause d'une congestion cérébrale ou pulmonaire. Ces différences d'action du même toxique s'accuseront d'autant mieux que les conditions dans lesquelles surviendra l'ivresse varieront davantage. Supposez que l'un des buveurs soit à jeun et que l'autre vienne de faire un repas copieux, que l'un s'enivre en quelques minutes et l'autre en quelques heures, que l'un des ivrognes soit exposé au froid et l'autre à une insolation, que celui-ci soit pléthorique et celui-là anémique ou d'un tempérament nerveux, que l'un doive le jour à des parents aliénés ou épileptiques, que l'autre soit indemne de tout antécédent héréditaire fâcheux, etc..., qu'arrivera-t-il, sinon des troubles extrêmement variés comme intensité, comme nature et comme durée ?

Ce que nous venons de dire des symptômes de l'ivresse en général s'applique très-bien à l'épilepsie des alcooliques en particulier. Quoi qu'on fasse, son étiologie restera longtemps obscure parce qu'elle est complexe. Certaines convulsions naissent manifestement sous l'influence de l'intoxication ébrieuse. C'est là le fait positif, comme c'est une autre vérité démontrée que beaucoup de coryzas, d'angines, de laryngites, de bronchites, de pneumonies et de pleurésies surviennent sous l'influence du froid. Mais, de même qu'il est presque toujours impossible d'expliquer pourquoi l'abaissement de température détermine des phlegmasies localisées à tel organe plutôt qu'à tel autre, de même nous savons rarement pourquoi l'empoisonnement par les spiritueux ne détermine des convulsions que dans certains cas à l'exclusion d'autres cas en apparence similaires.

C'est assez longuement parler des idiosyncrasies; abordons maintenant un autre côté du problème.

On sait à quels résultats opposés sont arrivés les chimistes qui ont analysé le sang des animaux et même celui de l'homme en état d'ivresse. Les uns concluent de leurs expériences que l'alcool séjourne dans le sang, qu'il exerce une action directe et primitive sur les centres nerveux, qu'il se

comporte comme un agent dynamique, qu'il n'est pas brûlé et qu'il est éliminé en nature. Les autres, parmi lesquels il faut citer Bouchardat, Sandras, Ducheck, etc., défendent une opinion contraire.

MM. Bouchardat et Sandras ayant analysé à plusieurs reprises l'urine et les divers produits de sécrétion d'animaux intoxiqués par l'alcool n'y ont *jamaïs* pu découvrir ce principe en nature. La facilité avec laquelle l'alcool s'oxyde leur a dès lors fait admettre qu'il ne s'élimine de l'économie qu'en subissant dans les tissus et dans le sang une série de transformations de plus en plus oxygénées dont le dernier terme est de l'eau et de l'acide carbonique. Ducheck (*Ueber das Verhalten des Alkohols in thierischen Organismus*) paraît avoir suivi de plus près ces métamorphoses. Suivant lui : « l'alcool introduit dans le tube digestif traverse les parois des vaisseaux où il est immédiatement transformé en aldéhyde. C'est ainsi qu'il arrive avec le sang dans les tissus. » Il peut enfin, toujours d'après le même auteur, produire en s'oxydant des acétates et des oxalates.

Que penser de ces doctrines opposées? Pour notre part, il nous répugne de croire que des médecins et des chimistes aussi éminents se soient trompés du tout au tout dans leurs expériences. Si contradictoires que paraissent celles-ci au premier abord, elles peuvent s'expliquer sans s'annuler. Il n'est pas impossible, en effet, que l'alcool tantôt subisse dans l'économie des décompositions variables et tantôt conserve jusqu'à son élimination sa nature première. Pourquoi ne se comporterait-il pas d'une manière différente suivant le degré de concentration auquel il est absorbé, suivant la dose à laquelle il est pris, suivant l'état physiologique ou pathologique de l'estomac, de l'intestin, du foie, du poumon et du sang dans lequel il pénètre, enfin suivant la nature des ferments et autres substances qu'il rencontre dans le tube digestif? S'il en est ainsi, il doit, pendant la durée de

son contact avec le système nerveux, produire des modifications fonctionnelles très-diverses suivant qu'il se présente à l'état natif, à l'état d'acide carbonique ou à l'état d'aldéhyde donnant naissance à des acétates et à des oxalates.

Ces transformations possibles de l'alcool sont du reste démontrées non-seulement par de nombreuses expériences chimiques, mais encore par l'observation toute simple de ce qui arrive chez certains ivrognes. Leur estomac, en effet, n'acétifie-t-il pas souvent une partie des spiritueux ingérés? L'odeur aigre si pénétrante et si désagréable de leurs éructations et de leurs vomissements n'est-elle pas une preuve de cette acescence qu'on produit d'ailleurs à volonté dans le laboratoire en mettant de l'alcool affaibli au contact d'une matière animale, à la température de 15 ou 20 degrés.

On sait, en outre, que les convulsions sont communes dans l'empoisonnement par l'acide oxalique ou par les oxalates et qu'elles ne sont pas rares dans l'asphyxie par le gaz acide carbonique, substances qui, nous venons de le dire, peuvent vicier le sang à la suite de l'ivresse. Il ne nous en faut pas davantage pour expliquer comment l'épilepsie se montrera dans certains cas d'alcoolisme aigu tandis qu'elle fera défaut dans d'autres à la suite de transformations différentes du poison.

Ce qu'il reste à chercher, si cette théorie est admise en même temps que celle des idiosyncrasies, ce sont les lois d'après lesquelles l'alcool se métamorphose tantôt d'une manière et tantôt d'une autre, ainsi que les circonstances dans lesquelles il traverse l'économie sans s'altérer. Sous ce rapport, la physiologie est loin, pensons-nous, d'avoir dit son dernier mot. C'est aux expérimentateurs de multiplier leurs recherches et de varier leurs procédés opératoires en se rapprochant le plus possible des conditions mystérieuses dans lesquelles agit la nature.

Nous ne pouvons quitter cette question de la pathogénie des attaques épileptiques et épileptiformes dans l'alcoolisme

aigu sans parler des renseignements précieux fournis par l'anatomie pathologique.

Les principales lésions cérébrales observées à la suite de la mort par ivresse sont : la congestion sanguine simple et générale du cerveau, l'engorgement sanguin de la pie-mère et des plexus choroïdes (Morgagni), l'hémorragie méningée, l'hémorragie intra-ventriculaire (Morgagni, Casper, Tardieu), la suffusion sanguine de la base du cervelet (Flourens), la congestion de la substance blanche cérébrale (Brierre de Boismont) des traînées rougeâtres le long des parois des vaisseaux capillaires de l'encéphale, traînées dues selon toute vraisemblance à la matière colorante du sang extravasé (Lancereaux). Il convient, je crois, d'ajouter à cette longue énumération l'apoplexie cérébrale par petits foyers et l'exhalation séreuse anormale du liquide cephalo-rachidien survenant à la suite de la congestion ébrieuse.

Les attaques épileptiformes sont une des manifestations symptomatiques communes à ces diverses lésions de quelque cause qu'elles proviennent. Il n'y a pas exception sous ce rapport, quand elles se produisent par suite d'alcoolisme aigu. Dans ce dernier cas, comme dans tous les autres, selon la plus ou moins grande quantité de sang épanché et suivant le siège de l'épanchement, on pourra voir survenir des phénomènes paralytiques ou convulsifs. Pour que ces derniers prédominent ou se montrent seuls, il faudra toutefois que les foyers hémorragiques soient très-petits, autrement ils produiraient plutôt des phénomènes de compression continue avec parésie et contractures consécutives.

IV. — *La nature des boissons ingérées exerce-t-elle une influence capitale sur la production de l'épilepsie ?*

Malgré les recherches nombreuses dont ce point a été l'objet, il demeure encore assez obscur.

M. Lancereaux dont l'autorité, quand il s'agit d'alcoolisme, est incontestable, et qui a publié sur les effets de l'alcool

un article remarquable dans le grand *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, s'exprime ainsi : « Tout excès de liqueurs fortes, de boissons spiritueuses, peut produire l'ivresse convulsive surtout dans un tempérament irritable ; le vin nouveau, le vin factice, celui qu'on a altéré par l'addition d'alcool et avant tout l'eau-de-vie de grains et de genièvre en sont les principales causes. » Plus récemment, le 3 juin 1873, M. Decaisne, dans une note adressée à l'Académie de médecine, avançait que l'abus du bitter, comme celui de l'absinthe, du vermouth, de la liqueur de la Grande-Chartreuse elle-même, et de certains vins blancs sophistiqués, peut déterminer des accidents épileptiformes.

Cette opinion à laquelle nos observations personnelles nous commandent de nous ranger n'est pas celle de tous les médecins. Un des plus compétents sur la matière, M. le Dr Magnan, a soutenu récemment dans un mémoire plein d'intérêt que :

1° Les divers alcools vinique, amylique... déterminent des effets analogues variant seulement d'intensité suivant la qualité des alcools absorbés.

2° Jamais dans les expériences faites avec l'alcool, aucun observateur n'a eu à enregistrer l'apparition de convulsions épileptiques ou épileptiformes.

D'après M. Magnan, l'intoxication alcoolique *aiguë* n'a d'action sur le système musculaire que pour produire du tremblement ou quelquefois de petites convulsions cloniques irrégulières, mais c'est tout. Jamais, dit-il, aucun observateur n'a été à même de constater l'apparition de phénomènes convulsifs chez les nombreux animaux (chiens, chats, rats, oiseaux, cobayes), empoisonnés expérimentalement d'une manière aiguë par l'alcool pur ou par l'alcool mêlé à diverses huiles essentielles autres que l'essence d'absinthe. Seule, d'après le même auteur, cette dernière substance serait un poison tétanique.

Dans l'observation première du présent mémoire, M. Magnan ne voudrait voir sans doute qu'une observation incomplète (ce qui n'est pas) ou un exemple d'épilepsie absinthique. Mais cette dernière interprétation est inadmissible quand on songe à la petite quantité d'absinthe ingérée par Lap...., et vu ce fait hors de doute que nombre d'individus ont pu prendre accidentellement, 10, 20 et jusqu'à 30 petits verres de liqueur d'absinthe dans la même journée, sans éprouver aucune convulsion.

Après avoir empoisonné divers animaux par l'alcool sans jamais les rendre épileptiques, notre savant confrère de Ste-Anne a repris ses expériences avec l'absinthe et c'est le résultats de ses recherches qui l'a conduit à formuler d'une manière absolue son opinion sur l'épilepsie dite alcoolique. Les chiens auxquels il administre l'essence d'absinthe (5 à 15 centigrammes par injection dans les veines, 3 à 5 grammes par la voie de l'estomac) éprouvent tous de véritables accès d'épilepsie. Ces accès se produisent de même, quoique un peu plus tardivement et avec une moindre intensité, après l'ingestion d'un mélange d'alcool et d'absinthe.

Pour ceux qui savent avec quel soin minutieux et quelle patience admirable, M. Magnan poursuit ses expériences, celles-ci sont concluantes. Leur résultat très-curieux doit donc demeurer acquis à la science, et nous ne doutons pas, pour notre part, de l'action tétanique de l'absinthe chez les animaux.

Mais, les choses se passent-elles de même chez l'homme? M. Magnan l'affirme. « L'alcool, écrit-il, chez l'homme comme chez les animaux est incapable à lui tout seul de provoquer l'épilepsie... Quand les attaques épileptiques surviennent, vous ne manquez pas de trouver un agent différent de l'alcool qui les a provoquées, et cet agent est habituellement l'absinthe. L'épilepsie est donc, je le répète, un phénomène surajouté qui ne peut pas être con-

sidéré comme la manifestation la plus élevée de l'alcoolisme (4). »

C'est ici que nous avons beaucoup de peine à nous rallier à la doctrine de M. Magnan. Nous ne contestons pas ce qu'il a vu sur les chiens, mais rien ne prouve que les choses se passent de même dans l'espèce humaine. Les causes et les effets sont ici bien plus complexes et ce serait outrepasser les limites d'une déduction physiologique légitime que de vouloir soutenir *a priori* l'action identique d'une substance toxique sur deux êtres aussi différents dans l'échelle animale que l'homme et le chien. Leur système nerveux présente des divergences fonctionnelles et pathologiques énormes. Chacun sait, pour ne rien dire de plus, que : « l'homme est bien moins disposé que les animaux, notamment ceux des races féline et canine, aux phénomènes convulsifs sous l'influence des divers poisons (2). » Donc, jusqu'à ce que des expériences directes aient été instituées sur l'homme avec l'essence d'absinthe, il est permis de douter de l'action de cette substance sur l'espèce humaine.

Autant nous admettons volontiers l'influence convulsive de l'essence d'absinthe sur certains animaux, autant nous sommes peu disposé à croire que cette espèce d'intoxication joue un rôle important dans la pathogénie des convulsions chez l'homme. Voici sur quels arguments s'appuie notre manière de voir.

Si l'on procède par la voie d'absorption gastrique, il faut, d'après M. Magnan, administrer 4 grammes et plus d'essence d'absinthe à un chien de petite taille (pesant 6 kilogrammes) pour le rendre épileptique. En supposant à l'homme une susceptibilité convulsive égale à celle des animaux du genre *canis*, il faudrait, vu la différence du poids

(4) *Étude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme*, p. 36.

(2) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, tome 3, p. 708.

entre l'homme et le chien, donner à un adulte au moins 40 grammes d'essence pour amener les mêmes attaques. Jamais aucune épreuve pareille n'a été tentée avec l'essence pure. De plus, elle est impossible avec la liqueur du commerce, car il n'en faudrait pas moins de deux hectolitres pour contenir cette dose de 40 grammes. MM. Marcé et Debout, qui se sont occupés incidemment de sa composition nous apprennent, en effet, qu'elle renferme au maximum 20 grammes par 100 litres (1). Quel buveur a jamais absorbé en peu de temps pareille dose de liquide ?

On pourrait avancer, il est vrai, que l'essence d'absinthe a des effets bien plus actifs sur l'homme que sur les animaux, mais ce serait là une assertion hypothétique à laquelle nous ne nous arrêterons que lorsque nous en aurons la preuve. Cliniquement, celle-ci fait défaut jusqu'ici, comme nous allons le démontrer.

Nous avons reçu en effet de très-nombreuses confessions de personnes jouissant de toute leur raison, qui nous affirmaient avoir bu jusqu'à douze, quinze et même dix-huit petits verres d'absinthe dans une seule journée, sans éprouver d'autres phénomènes que l'ivresse. Jamais de leur vie elles n'ont eu aucune attaque. C'étaient surtout d'anciens soldats d'Afrique qui nous faisaient ces singulières confidences. Nous avons, en outre, été plusieurs fois témoin de l'ébriété produite chez divers individus, par l'abus énorme et exclusif de l'absinthe. Jamais cependant nous n'avons vu les convulsions survenir dans ces circonstances. Nous doutons qu'il soit possible à un homme de boire plus d'essence d'absinthe que nous en avons vu absorber sous forme de liqueur pure et dans l'espace de quelques heures, par une personne qui resta malade trois jours au moins, et qui pourtant ne ressentit aucune secousse caractéristique.

(1) Art. Absinthe du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Que chaque médecin cherche à rappeler ses souvenirs, et le doute ne se prolongera pas longtemps sur ce sujet.

Peut-être nous dira-t-on que les individus dont nous parlons n'ayant pas été aliénés, du moins immédiatement après leurs excès, étaient d'une nature exceptionnelle et doués d'un système nerveux réfractaire. Peut-être, vu leur peu de susceptibilité délirante, voudra-t-on soutenir qu'ils étaient indemnes de toute susceptibilité convulsive. Mais, le nombre des buveurs d'absinthe auxquels nous faisons allusion est trop considérable pour qu'on puisse les ranger dans une catégorie exceptionnelle.

Nous avons d'ailleurs à soumettre au lecteur des exemples plus probants.

Parmi les alcooliques internés à Ville-Evrard et interrogés minutieusement à cet égard nous avons noté 38 individus des deux sexes qui, après nous avoir avoué leurs excès d'absinthe, nous ont assuré n'avoir jamais ressenti la moindre attaque épileptique ou épileptiforme. Nous n'avons pu découvrir chez eux ni morsures à la langue, ni indice quelconque de crises inaperçues. Ils n'avaient d'ailleurs aucun intérêt à dissimuler ces accidents et nous n'avons point de motif de suspecter leur véracité. Ces malades-là présentaient bien la susceptibilité délirante, puisqu'ils étaient en traitement pour cause de folie alcoolique. Faut-il donc admettre chez eux l'absence de susceptibilité convulsive ? Mais, pour quel motif envisager ainsi les faits et vouloir créer d'un seul coup trente-huit cas d'idiosyncrasie nerveuse anormale vis-à-vis du poison absinthique ?

Nous croyons devoir citer ici, entre autres, l'histoire très-concluante de deux buveuses d'absinthe. C'est de cette liqueur à l'exclusion de toute autre qu'elles abusaient, ce qui les plaçait dans les meilleures conditions expérimentales qu'on pût désirer.

Le 16 juillet 1872 entrant à Ville-Evrard une femme de 39 ans, Pauline Lesp..., signalée comme atteinte « de para-

lysie générale avec affaiblissement intellectuel et de la mémoire, idées délirantes de satisfaction, sensiblerie, hésitation de la parole, habitudes alcooliques. »

Aussitôt arrivée à l'asile, cette dame recouvra la raison. Après un examen minutieux, M. Taguet et moi, nous ne trouvâmes chez elle qu'un délire de persécution léger, très-douteux même. Toutefois, par prudence, vu la gravité du certificat immédiat délivré par le premier médecin qui avait observé la malade et vu aussi notre manque absolu de renseignements commémoratifs, je résolus de prolonger un peu la séquestration. Le 30 juillet, je m'exprimais ainsi au sujet de Mme Lesp... « Aucun symptôme actuel de paralysie générale ni d'alcoolisme. Quels sont les faits qui ont nécessité l'isolement de cette personne? »

Le 3 août, le mari de la malade vint enfin nous donner la clef de l'énigme et voici ce qu'il nous raconta : Depuis *seize ans*, Mme Lesp... est habituée à boire de l'absinthe avec de l'eau de Seltz, ce qu'elle avoue d'ailleurs. Dans ces derniers temps, elle faisait remplir jusqu'à trois fois par jour une petite bouteille qui en contenait pour soixante-quinze centimes. Elle achetait cette liqueur à crédit et le mari a tout fait pour empêcher les fournisseurs du voisinage de la servir, mais elle déjouait sa surveillance pendant qu'il était absent. *Jamais elle n'a eu aucune attaque de nerfs*. Depuis plusieurs années, elle est sujette à la pituite tous les matins. De temps en temps, elle devient turbulente, surtout la nuit. Elle se lève à des heures indues, bouleverse tout autour d'elle sous prétexte de mettre en ordre, croit que son mari est malade, veut le faire saigner, se persuade que les pharmaciens l'ont empoisonné, lui recommande de cracher pour chasser le poison qu'on lui a fait prendre, etc...

26 août. Aucune attaque: Aucune manifestation délirante nouvelle jusqu'à ce jour. Sommeil régulier. Calme. Travail. Docilité. Lucidité complète. Pas d'autre trouble de l'intelligence qu'une amnésie feinte ou réelle relativement à la

folie passée. Je demande la sortie de Mme Lesp... qui quitte l'asile le 1^{er} septembre.

Voici un autre fait :

Une femme mariée, âgée de 28 ans, Val... Marie, nous arriva le 25 juin 1872 dans un état de lypémanie alcoolique très-accentuée. Elle voyait autour d'elle des hommes armés de sabres, des serpents, des souris, des fourmis, des monstres qui s'agitaient sur les murs. A ces hallucinations s'ajoutaient des engourdissements et des crampes dans les jambes, du tremblement, et le matin la pituite si fréquente chez les ivrognes (*vomitus matutinus potatorum*).

Certain de l'abus des spiritueux et de l'origine du délire, je ne songeais nullement à interroger la malade sur la nature des boissons dont elle avait fait excès lorsque son mari me raconta en pleurant son histoire. Val... était une femme habituellement très-sobre, mère de trois enfants en bas âge que son mari et elle avaient beaucoup de peine à élever à cause de leur pauvreté. C'était accidentellement qu'elle avait bu de l'absinthe pendant plusieurs semaines, mais elle en avait bu à dose assez forte (6 ou 8 sous par jour) dans le but d'éviter une nouvelle grossesse dont elle redoutait le début. Aucun effet emménagogue, aucune convulsion ne s'en étaient suivis, mais seulement un délire alcoolique très-caractérisé compliqué de dyspepsie et de troubles musculaires sensibles. Tous ces phénomènes disparurent très-vite, et je signai l'exit de Val... le 28 juillet suivant.

Nous pourrions encore citer le cas d'une malheureuse paysanne arrivée depuis peu à Paris et qui nous fut envoyée pour être traitée d'un délire alcoolique *sans convulsion*. Crédule à l'excès et résolue à se suicider par désespoir, elle avait pris de l'absinthe pendant plusieurs jours au point de rouler ivre-morte « parce qu'elle avait entendu dire que l'absinthe était un poison ! »

Mais il serait aussi oiseux que facile de multiplier ces exemples. Ils prouvent surabondamment, non pas que l'ab-

sinthe ne produit jamais de convulsions, mais qu'elle est loin d'en déterminer d'une façon constante ou même habituelle.

Jusqu'ici, pour simplifier notre exposé des faits, nous n'avons parlé que de l'intoxication par les alcools *purs* ou par la liqueur et l'essence d'absinthe. L'alcoolisme, en général, survient dans des conditions beaucoup plus complexes dont rien ne permet de nier l'influence sur l'épilepsie. Il est rare qu'un ivrogne s'attache exclusivement à une seule liqueur. Toutes les boissons spiritueuses le tentent tour à tour suivant l'occasion. Assez souvent même, il les mélange dans son estomac de telle sorte qu'elles réagissent les unes sur les autres en acquérant des propriétés plus nuisibles pour la santé. Que penser, par exemple, de l'effet possible d'un mélange de vins, de liqueurs, de bière ou de cidre à des degrés divers de fermentation? Il aura fatalement pour résultat l'accumulation soudaine du côté du système nerveux d'éther œnanthique, si abondant dans les vins dont le bouquet est le plus riche, d'huiles essentielles et d'acide carbonique se dégageant en plus ou moins grande quantité des liqueurs, de la bière et du cidre, surtout s'ils fermentent. Cette accumulation ne doit-elle pas impressionner le cerveau d'une façon particulièrement désastreuse? Vraisemblable *a priori*, cette vérité est prouvée par l'observation la plus superficielle.

Malgré cela, nous le répétons, ce sont les effets de l'alcool qui dominant. Nous nous rallions donc pleinement à l'opinion de MM. Lancereaux, Moreau et Michel Lévy. « Sans vouloir soutenir avec M. Moreau que l'absinthe, à dose égale, n'est pas plus nuisible que toute autre liqueur au même degré de concentration alcoolique, il y a lieu de penser que les huiles ou essences contenues dans les alcools accroissent tout au plus les propriétés excitantes de ces agents et modifient fort peu leurs expressions symptomatiques et leur pronostic. » (Lancereaux, article *Alcoolisme*

du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.)
 « L'action particulière des boissons alcooliques est en rapport avec la nature et la proportion des matières autres que l'alcool qui se rencontrent dans chaque boisson; plus faibles et plus fugitives, elles s'ajoutent aux effets de l'alcool *sans jamais les dominer*. » (Michel Lévy, *Traité d'hygiène*, t. II^e, p. 70. 1862.)

V. — *Epilepsie dans l'alcoolisme chronique.*

En général, à moins de prédispositions convulsives héréditaires ou de susceptibilité idiosyncrasique peu commune, les convulsions alcooliques dénotent des abus fréquents de boissons sous l'influence desquels le cerveau a subi une modification morbide spéciale.

Cette modification anatomique qu'on peut appeler préparatoire, se produisant avec lenteur et demandant presque toujours plusieurs années pour s'effectuer, nous voyons rarement (4 fois sur 50) l'épilepsie compliquer le *delirium tremens* des jeunes gens de 20 à 30 ans. Doués d'organes encore sains et surtout d'un système nerveux dont l'intégrité histologique est encore parfaite, ils peuvent résister à des excès monstrueux ou du moins n'éprouver que des phénomènes passagers de délire. Plus tard, au contraire, l'axe cérébro-spinal se trouve altéré chez eux par les secousses répétées de l'ivresse et par le contact habituel de l'alcool mêlé au sang. Il devient alors plus susceptible au point de vue pathologique et susceptible d'une manière spéciale, c'est-à-dire qu'à l'aptitude délirante qui existait seule d'abord s'ajoute l'aptitude convulsive.

Celle-ci passe ordinairement par trois degrés successifs.

1^o Le plus souvent, il faut, pour provoquer les convulsions épileptiques, la circonstance adjuvante d'excès plus considérables que d'habitude. A cette période, le système nerveux, bien que déjà compromis, a cependant gardé la force

nécessaire pour résister aux doses de poison auxquelles il est accoutumé, et il n'entre en révolution que sous le coup de poussées congestives provoquées par une ingestion anormale d'alcool. Cette manière de voir n'a rien d'imaginaire. Nous l'appuyons sur les éléments de notre statistique. Ils nous ont démontré que dans les deux tiers des cas, c'est à la suite d'une orgie et dans les jours qui précèdent ou qui suivent la séquestration des aliénés que l'épilepsie apparaît chez eux. Elle complique alors le début de leur accès de *delirium tremens* et prouve que l'excès de boisson, cause occasionnelle récente du mal, n'est pas un fait isolé dans la vie du patient. Elle révèle chez lui des antécédents d'ivrognerie répétée.

2° Plus tard, pour que les mêmes attaques se reproduisent, il suffit que les ivrognes dont nous parlons continuent de boire avec une intempérance relativement modérée, et sans même aller jusqu'à l'ivresse. Elles apparaissent alors assez souvent en dehors du *delirium tremens* et témoignent ainsi que la susceptibilité convulsive a fait des progrès.

3° Cette susceptibilité peut encore s'accroître d'un degré. Il existe en effet une catégorie assez nombreuses de malades qui, bien que séquestrés dans les asiles et sevrés absolument de toute boisson excitante demeurent sujets de temps en temps à des attaques convulsives. Quand les choses en sont arrivées à ce point, on peut dire que leur épilepsie est constitutionnelle. Ils portent avec eux la raison suffisante de leurs attaques qui n'est autre qu'une lésion organique acquise et dans bien des cas incurable de l'axe cérébro-spinal.

A notre sens, c'est par suite d'une interprétation erronée des faits appartenant à cette catégorie que Magnus Huss a écrit avoir vu des ivrognes devenir épileptiques par la privation d'eau-de-vie. Dans ces cas, l'épilepsie était indubitablement la conséquence des lésions de l'alcoolisme chronique, lésions auxquelles la privation d'alcool ne portait pas

directement remède. « Certains de ces épileptiques, ajoute Magnus Huss, n'ont été débarrassés de leurs accès qu'après avoir repris l'usage de l'eau-de-vie. » Malgré tout le respect dû aux opinions de ce savant médecin, nous croyons qu'il serait plus juste de dire que les épileptiques en question ont été guéris malgré leur excès et non pas à cause de ces excès même.

Nous avons eu, pour notre part, occasion d'observer des alcooliques, en nombre très-restreint il est vrai, qui après avoir parcouru la phase aiguë d'un *delirium tremens* accidentel sans ressentir aucune attaque, ont été longtemps après le début de leur délire et malgré leur tempérance actuelle pris d'épilepsie. Cette manifestation tardive révélait chez eux d'une façon indiscutable l'existence de l'alcoolisme chronique. Dans ces cas, malgré l'éloignement du poison cause première de tout le mal, le système nerveux central continuait de subir des modifications progressives nées d'ébranlements antérieurs et persistant après ceux-ci. L'évolution pathologique commencée s'accroissait et se propageait dans le terrain préparé de vieille date.

Presque toujours alors, les attaques convulsives ne faisaient que se surajouter à d'autres accidents concomitants tels que l'amnésie, l'hébétude, des troubles sensoriaux et musculaires, etc. La réunion de ces symptômes et leur rapprochement des premiers phénomènes éprouvés par les épileptiques permettait alors d'assigner aux crises leur véritable étiologie et rendait assez facile le diagnostic complet de la maladie.

Une seule fois nous avons vu l'épilepsie survenir après la disparition complète de tous les autres symptômes d'alcoolisme.

Le malade, sujet de cette observation anormale est un homme de 45 ans, Reyn.... scieur de pierres, habitué à faire de graves excès de boisson. En 1874, il a été séquestré pour la première fois à Ste-Anne d'où il est sorti six se-

maines plus tard guéri d'un accès de *delirium tremens*. En avril 1872, nouveaux accidents et nouvelle séquestration. Cette fois encore le diagnostic *alcoolisme* est porté par trois médecins à peu de jours d'intervalle. On signale chez le malade des alternatives d'agitation et de lypémanie avec idées de persécution. Il se plaint d'être empoisonné. Il éprouve des hallucinations multiples de l'ouïe et de la vue. Tout autour de lui, des coqs chantent, des chiens aboient, des chats miaulent. Plus de quarante personnes le poursuivent en criant des mots vides de sens. Il lui semble qu'on le surcharge de pièces de vingt francs et qu'il en a plein la doublure de ses vêtements. Ses compagnons prennent de faux noms pour le dérouter. Propos incohérents. Amnésie extrême. Tremblement des doigts et de la langue, embarras de la parole; pituites.

Jusqu'au 4^{er} octobre suivant, stupeur lypémanique profonde interrompue par de courts accès de fureur avec congestions cérébrales légères et céphalalgie. Plusieurs fois il faut alimenter le malade avec la sonde.

Un traitement hydrothérapique régulier améliore enfin l'état physique et mental de Reyn..... au moment où le découragement nous gagnait. A partir du mois d'octobre, il revient à lui très-vite, sort de sa stupeur, se met au travail et raisonne sensément, mais il paraît avoir oublié ses hallucinations passées ainsi que les actes qui ont signalé son délire. Cette lacune dans ses souvenirs inspirant des doutes sur le caractère définitif de sa guérison, il est maintenu à l'asile en observation, malgré son calme et sa lucidité à peu près complète. Le seul point défectueux dans ses raisonnements consiste à soutenir qu'il a été beaucoup moins fou que nous le disons, et cette argumentation vicieuse est la conséquence fort simple de l'amnésie chez un homme peu instruit et d'une intelligence naturellement bornée.

Malgré cela, Reyn..... allait obtenir sa sortie lorsque tout à coup, le 7 janvier 1873, au milieu de la nuit, il éprouva

une violente attaque d'épilepsie. C'était la première, et jamais, dit-il, il n'y a eu aucun épileptique dans sa famille. Le 18, nouvelle attaque se manifestant comme la première en dehors de tout autre désordre appréciable, alors que les signes ordinaires de l'intoxication alcoolique ont disparu.

Comment devons-nous interpréter cette succession bizarre des accidents éprouvés par Reyn...? Devions-nous croire chez lui à une épilepsie essentielle survenant sans cause appréciable et sans rapport avec les phénomènes maladifs qui l'avaient précédée? Cette manière de voir nous parut peu logique et nous pensâmes sans hésiter que Reyn.... était toujours atteint à un certain degré de lésions nerveuses d'origine alcoolique qui, après avoir occasionné des troubles intellectuels très-longes et très-graves, s'étaient amendées à un certain moment, puis transformées de manière à produire médiatement l'épilepsie. Ces convulsions ne furent suivies d'aucun autre signe pathologique appréciable chez Reyn..... Elles ne s'accompagnèrent ni de trouble mental, ni d'altération de la sensibilité, ni de tremblement, ni de crampes, ni de fourmillements, etc. C'était le reliquat isolé mais inquiétant d'une longue maladie dont tous les autres caractères avaient disparu depuis longtemps. Reyn..... obtint donc bientôt sa sortie de M. le docteur Dargon, et nous le perdîmes de vue.

Nous nous sommes demandé si l'absinthe avait quelque influence spéciale sur la pathogénie des convulsions épileptiformes dans l'alcoolisme chronique. Cette fois encore les faits ont répondu par la négative. Nous avons en effet parmi nos 54 convulsionnaires 11 buveurs d'absinthe avérés contre 21 autres épileptiques alcooliques jurant leurs grands dieux qu'ils n'abusaient pas de la liqueur suspecte (1). Toutefois, ces derniers disaient-ils bien la vé-

(1) Vingt-deux fois, les renseignements sérieux nous ont fait défaut sur ce sujet.

rité? Il est permis d'en douter, car beaucoup d'aliénés croient tous les aveux compromettants et les évitent avec soin dans la crainte de voir leur séquestration se prolonger.

Quoi qu'il en soit, nous nous retrouvons tout à fait d'accord avec M. Magnan lorsqu'il écrit que l'alcoolisme chronique, à quelque boisson qu'il soit dû, est par lui seul une raison suffisante de vertiges et d'attaques épileptiformes. « Dans tous ces cas (1), les centres nerveux sont modifiés organiquement et le sujet possède en lui-même la cause première des accidents, si bien qu'il n'est pas rare de voir certains alcooliques chroniques présenter pour la première fois des attaques épileptiformes pendant leur séjour dans les asiles. Ces convulsions sous la dépendance de l'organisme, n'ont assurément aucune analogie avec l'épilepsie de l'empoisonnement absinthique, dans lequel le poison est la cause unique. »

VI. — Anatomie pathologique.

Les lésions les plus diverses s'observent à l'autopsie des individus qui ont succombé pendant le cours de l'alcoolisme chronique qu'ils aient présenté ou non des attaques épileptiformes. Les principales sont : la pachyméningite hémorragique, les inflammations adhésives de la pie-mère et de l'arachnoïde, surtout marquées à la face supérieure des hémisphères au voisinage de la grande scissure, les dilatations des vaisseaux méningés témoignant de congestions répétées, l'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien, la dégénérescence granulo-graisseuse des capillaires du cerveau s'accompagnant souvent d'extravasations sanguines en traînées ou de petits foyers hémorragiques, la prolifération anormale du tissu conjonctif interstitiel, la dégénérescence graisseuse

(1) *Loc. cit.*, p. 39.

et l'atrophie des cellules ou fibres nerveuses et l'encéphalite circonscrite.

Aucune de ces lésions ne doit être plus spécialement rattachée au phénomène de l'épilepsie constatée pendant la vie. On peut, en effet, les trouver presque toutes à un haut degré, isolément ou même associées, dans l'alcoolisme chronique chez des individus qui succombent sans jamais avoir éprouvé aucune convulsion. Quelquefois, au contraire, elles se rencontrent seulement à l'état rudimentaire chez des malades qui ont souffert de violentes convulsions pendant la vie (1).

Quand la mort arrive par suite d'attaques épileptiformes répétées, on note toujours à l'autopsie de la congestion cérébrale. Il nous paraît impossible de déterminer jusqu'à quel point cet afflux sanguin est la cause ou la conséquence des phénomènes convulsifs.

VII. — *Diagnostic différentiel. Pronostic. Traitement.*

L'attaque épileptique développée sous l'empire de l'alcoolisme aigu ne peut pas être différenciée par ses caractères intrinsèques de l'épilepsie essentielle. C'est seulement sa coïncidence avec l'ivresse ou avec le *delirium tremens* qui trahit son origine.

Les attaques épileptiformes dues à l'influence de l'alcoolisme chronique nous ont paru, au contraire, présenter

(1) La même observation s'applique à la paralysie générale avec laquelle l'alcoolisme chronique à forme cérébrale a tant d'analogies. Il n'est pas très-rare de voir l'épilepsie sympathique apparaître chez les paralysés généraux au début, alors que les lésions nerveuses propres à leur maladie n'existent encore qu'en germe. Dans d'autres circonstances, les lésions de la paralysie générale prennent tout leur développement et suivent, jusqu'au bout, leur évolution fatalement progressive sans amener une seule crise convulsive. La raison de cette différence ne nous est pas connue.

dans un assez grand nombre de cas une apparence spéciale. Leur caractère le plus saillant est une tendance à se localiser ou tout au moins à prédominer dans un côté du corps. Un jour, chez le même individu, les convulsions seront accompagnées de perte absolue de connaissance et un autre jour elles se reproduiront sans amener du côté de l'intelligence autre chose que de l'hébétude et de l'égarement plus ou moins lents à se dissiper. Certains de ces épileptiques assistent avec une demi-conscience à quelques-unes de leurs crises qui affectent plus spécialement tantôt un groupe de muscles et tantôt un autre. Ces convulsions partielles se succèdent chez eux à intervalles irréguliers et avec une intensité variable. Quelquefois, c'est un tic violent de la face qu'on observe ; d'autres fois ce sont des mouvements involontaires et répétés de déglutition, des secousses dans ou plusieurs groupes de muscles, du strabisme clonique, du grincement des dents, du trismus, du rire sardonique, de l'inégalité passagère et comme spasmodique des pupilles, etc.

Des phénomènes congestifs manifestes du côté de la tête précèdent ou accompagnent en général ces attaques. Les yeux s'injectent et la face devient vultueuse. Il n'est pas rare de voir apparaître des ecchymoses palpébrales ou conjonctivales spontanées survenant comme pour témoigner à l'extérieur de la facilité avec laquelle les vaisseaux capillaires intra-crâniens altérés et engorgés peuvent se rompre.

Plusieurs des malades ainsi atteints sont avertis de l'imminence de leurs attaques, et quelques heures à l'avance, par divers symptômes, tels que fourmillements et engourdissements, maux de tête, diplopie, bluettes, bourdonnement d'oreilles, embarras de la parole, pesanteur générale du corps. Ces signes prémonitoires diffèrent, comme on le voit, de l'aura épileptique proprement dite qui précède immédiatement les attaques du mal caduc.

Enfin, l'hébétude consécutive aux convulsions nous a paru se prolonger plus longtemps dans l'épilepsie symptomatique que dans l'épilepsie simple. Il est vrai que la première se révèle souvent par des attaques réitérées coup sur coup, bien faites pour laisser sur le cerveau des traces plus durables.

Peut-être existe-t-il une épilepsie larvée d'origine alcoolique. On serait tenté de le croire en observant les accès de fureur soudaine et inconsciente communs chez certains ivrognes. L'amnésie absolue qui suit ces violences impulsives et presque automatiques corrobore cette supposition.

Le pronostic de l'épilepsie alcoolique est moins fâcheux que nous l'avions imaginé *a priori*. Sur les 54 cas compris dans notre statistique, nous comptons :

3 décès.

42 cas incurables suivant toute probabilité.

39 guérisons survenues dans l'espace de 4 mois à 2 ans.

Le premier de nos morts a succombé autant par suite de cirrhose du foie avec ascite et marasme que par suite de lésions nerveuses. Le second est décédé après des attaques épileptiformes répétées, alors qu'on soupçonnait déjà chez lui l'existence de la paralysie générale. Le troisième a dû la mort à une cause accidentelle : la dégénérescence du larynx avec asphyxie par oblitération des voies aériennes.

Les cas incurables sont ceux où la maladie a pris les allures de la démence simple, suite de manie chronique (cinq) et celles de la démence paralytique (sept).

La guérison (4) n'a pas été retardée par l'épilepsie surve-

(4) Par ce mot nous n'entendons ici que la cessation du délire alcoolique et le retour à un état mental permettant aux individus traités de vivre, sans inconvénient, hors de l'asile. En effet, la plupart de nos malades ainsi rétablis conservaient de l'affaiblissement intellectuel et présentaient encore quelques autres signes légers d'alcoolisme chronique.

nue pendant la période aiguë de l'alcoolisme chronique, au moment de la séquestration, par exemple. Des attaques presque coup sur coup dans ces conditions nous ont paru moins graves qu'une seule crise convulsive née sans cause occasionnelle appréciable après quelques semaines d'isolement.

Le bromure de potassium à la dose de 4 à 8 grammes et l'arséniate de soude à la dose de 3 milligrammes à 2 centigrammes ont formé la base des médications employées par M. Dagrón et par nous. Les résultats ainsi obtenus sont très-douteux et nous n'osons pas nous prononcer sur la valeur comparative de ces deux médicaments, mais nous nous croyons en droit d'affirmer que l'expectation ou mieux la sobriété forcée et la régularité hygiénique de la vie-d'asile a donné des résultats très-satisfaisants.

L É G I S L A T I O N .

É T U D E

DE

LA LOI SUR LES ALIÉNÉS

DU 30 JUIN 1838

Par le D^r TAGUET
Médecin adjoint à Ville-Évrard.

« Cette loi, a dit M. Rességuier à l'Assemblée nationale, est une des grandes œuvres d'assistance publique dont le gouvernement parlementaire peut s'honorer à juste titre ; aucune n'a été plus étudiée et mieux discutée. Préparée par le conseil d'État, plusieurs fois remaniée par le ministre qui la présentait, elle fut, avant son adoption définitive, soumise à quatre délibérations solennelles et quatre fois amendée, soit par la chambre des députés, soit par la chambre des pairs. Ainsi faite, avec une sollicitude paternelle, et généralement appliquée avec intelligence et dévouement, elle a réalisé, au profit des infortunés qu'elle concerne, de si grandes améliorations qu'on a peine à croire, aujourd'hui, qu'elles aient été si tardives. »

S'il fut jamais une loi calomniée, dénaturée et contre laquelle l'opinion publique soit le plus prévenue, c'est assurément celle-là ; aussi croyons-nous faire acte de courage en prenant sa défense. Il n'a fallu rien moins que cet éclatant témoignage tombé du haut de la tribune pour nous engager à sortir de la réserve que nous nous étions imposée. A entendre les récriminations incessantes de la presse et du

théâtre, elle serait une violation flagrante de la liberté, une mesure inhumaine et presque barbare, à faire regretter l'ancienne législation des aliénés.

Nous ne demandons pas mieux que de suivre le progrès et nous attendons avec impatience cette loi de lait et de miel qui fera le bonheur de nos malades et « rendra les médecins à la dignité professionnelle. »

Une loi, si parfaite qu'elle soit, est soumise à la critique et présente parfois des lacunes qui ne s'aperçoivent qu'avec le temps. Nous avons essayé de les relever en les soumettant à la sanction de personnes plus compétentes et plus expérimentées que nous.

ART. 4. Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'Intérieur, le président du tribunal, le procureur impérial, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés ; ils recevront les réclamations des personnes qui y sont placées, et prendront à leur égard tous les renseignements propres à faire connaître leur position. — Les établissements privés seront visités à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre par le procureur impérial de l'arrondissement. Les établissements publics le seront de la même manière, une fois au moins par semestre.

Ce n'est pas nous qui nous plaindrons de ces inspections ; comme tous nos confrères, nous les désirons aussi minutieuses et aussi nombreuses que possible. Elles peuvent avoir une importance au point de vue administratif, elles seront presque toujours nulles au point de vue médical. Ne craindra-t-on pas, en effet, de voir renouveler dans nos asiles ce qui est arrivé au chapelain de l'archevêque de Séville. « Il y avait, dit Cervantès, dans la maison des fous de cette ville un jeune gradué que ses parents avaient fait enfermer pour démence. Ce gradué, au bout de quelques mois de retraite, écrivit à l'archevêque que Dieu lui avait fait la grâce de lui rendre la raison, que ses parents, pour jouir de son bien, continuaient à le priver de sa liberté et qu'il demandait

justice. L'archevêque, frappé du bon sens qui régnait dans toute la lettre, envoya un de ses chapelains causer avec le jeune homme, s'assurer par lui-même de l'état de sa santé, avec ordre, s'il n'était pas fou, de le faire sortir immédiatement. Le chapelain, après une heure ou deux de conversation, le trouva si raisonnable que, malgré ce que put lui dire le médecin de la maison, il ordonna que le jeune homme fût libre et voulut même l'emmener avec lui voir l'archevêque. Le gradué, revêtu des habits de son état, demanda au chapelain la permission d'aller prendre congé de ses anciens camarades; le chapelain y consentit et l'accompagna. Comme ils passaient ensemble devant la loge des fous, à qui notre jeune homme disait adieu, un de ces fous, couché tout nu sur une natte, se leva et demanda à grands cris quel était celui qui s'en allait : « C'est moi, mon frère, répondit le gradué. Dieu a pris pitié de mon mal, il l'a fait cesser ; j'espère qu'il sera aussi bon pour vous. — Garde-toi de sortir, répondit le fou, si tu veux épargner à Séville l'affreux châtement que je lui prépare. Tu sais que je suis Jupiter et que je tiens dans mes mains puissantes la pluie, la foudre, la grêle; si tu pars, il ne pleuvra pas. » Le gradué se retourna vers le chapelain : « Ne vous effrayez pas, dit-il; il est vrai qu'il est Jupiter et qu'il peut retenir la pluie; mais comme je suis Neptune, j'inonderai le pays. — Je n'en doute pas, répondit le chapelain ; mais je crois à propos, seigneur Neptune, de ne point fâcher le seigneur Jupiter; en conséquence, rentrez, s'il vous plaît, dans votre petite loge. »

Moins heureux que ce chapelain, les magistrats n'ont pas toujours eu à se féliciter de leur intervention ; témoin le drame encore récent de Saint-Dizier. Disons, cependant, pour être vrai, qu'ils ne nous envient guère nos prérogatives et qu'ils s'en rapportent le plus souvent à notre jugement.

Nous n'avons pas la prétention d'être infaillibles,

mais eux, le sont-ils davantage? Ici, comme ailleurs, à chacun son rôle.

L'honorabilité professionnelle sera toujours la meilleure garantie contre les séquestrations illégales. Ajoutez-y le contrôle de chaque jour du personnel attaché à l'asile.

Où sont donc ces petites bastilles qui s'ouvrent avec une lettre de cachet? montrez-nous donc ces abus de pouvoir? Pendant longtemps on nous a jeté à la face celui de l'avocat Sandon; l'autopsie a répondu d'une manière victorieuse à ces accusations. Ces médecins, « à qui il plaît de se dire aliénistes, » ont pour eux, à défaut de la science que vous leur refusez, parce qu'ils ne connaissent point à quel point précis commence la folie et finit la raison, l'habitude et l'expérience. Grâce à Dieu, on ne nous a pas encore fait l'injure, que je sache, de nous accuser de violer la liberté dans un intérêt personnel; on ne nous a pas encore appliqué l'épithète « de vendus; » ce serait là le summum du grotesque. Il me vient à l'esprit une maxime de Franklin qui peut trouver ici son application la plus rigoureuse: « Médire sans dessein, dit-elle, c'est bêtise; médire avec méchanceté, c'est noirceur. » Nous laissons à nos détracteurs le soin de tirer la conclusion.

Mais arrivons au *desideratum* que nous voudrions voir figurer dans l'article précité.

Depuis que la folie n'est plus une honte et le fou un paria, les familles envoient leurs malades soit dans un asile public, soit dans une maison privée. Il en est encore, cependant, qui, en vertu de la routine ou par un sot orgueil, les retiennent auprès d'eux ou les confient à des particuliers qui ne peuvent et n'ont aucun pouvoir de les soigner. Les communautés religieuses gardent assez volontiers ceux de leurs membres que vient à frapper l'aliénation mentale. Sans trop nous émouvoir des accusations portées contre elles, nous croyons qu'il y a eu quelques abus. Pourquoi les particuliers et les ordres religieux échappe-

raient-ils au contrôle de l'autorité? Pourquoi ne pas suivre dans ce cas la législation usitée en Allemagne et en Suisse ou emprunter à la loi belge l'article suivant. « 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 et les parties 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.

Indépendamment des visites personnelles du juge de paix, ce magistrat se fera remettre trimestriellement un certificat du médecin de la famille aussi longtemps que durera la séquestration et fera d'ailleurs visiter l'aliéné par tel médecin qu'il désignera, chaque fois qu'il le jugera nécessaire. »

ART. 8. Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis — : 1° Une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté, ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles. — La demande sera écrite et signée par celui qui la formera ; et, s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police, qui en donnera acte. Les chefs, préposés ou directeurs devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police. Si la demande est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction. — 2° Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir renfermée. — Ce certificat ne pourra être admis s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur, ou s'il est

signé d'un médecin attaché à l'établissement ou si le médecin signataire est parent ou allié au second degré inclusivement des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera effectuer le placement. — En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin. — 3° Le passeport ou toute autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer.

C'est assurément le passage de la loi qui a été le plus commenté et le plus discuté. Le certificat d'un seul médecin n'a pas semblé suffisant pour priver un homme de sa liberté, et dans un projet de loi soumis à la Chambre en mars 1870, MM. Gambetta et Magnin demandaient l'institution d'un jury de douze membres qui aurait à prononcer sur l'état de folie ou de raison des individus. Ce projet n'est ni rationnel ni applicable. La convocation de ce nouveau tribunal au chef-lieu d'arrondissement demandera toujours un certain temps; la folie n'attend pas, quelques heures ou quelques jours de plus grossissant le nombre des crimes qu'on lui impute. « Un des médecins d'Asnières, lisons-nous dans un journal de 1871 donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale. Sa mère, justement inquiète de son excitation maniaque qu'elle voyait augmenter chaque jour, demanda chez cinq docteurs un certificat de folie qui lui fut refusé. Par ce temps de rouble où nous vivons, ils ne voulaient pas s'exposer à voir leur nom mêlé à quelque vague accusation de séquestration arbitraire et intéressée. Le commissaire de police ne voulait pas intervenir non plus, pour qu'on ne lui reprochât pas d'avoir porté atteinte à la liberté individuelle. Le malade, dont le délire grandissait toujours, en arrivajusqu'à l'impulsion homicide, aveugle, irrésistible. Il blessa son concierge de deux coups de poignard; c'est alors qu'on l'arrêta mais à grand-peine et qu'il fut placé d'office à Charenton. »

Avons-nous besoin de dire que le délire de persécution est le symptôme le plus dominant et celui qui manque le plus rarement dans toutes les formes d'aliénation mentale;

croit-on que la vue de ce nouveau tribunal soit bien de nature à le faire disparaître? Le plus souvent, il n'aura d'autre effet que de rendre incurable une affection qui ne l'était pas au début. D'un autre côté, les familles se prêteront-elles à ce contrôle? Quel père traduira devant le jury sa fille dont la folie pervertit les instincts? quel mari se résignera à y exposer sa femme dont l'hystérie déprave le langage et les gestes? etc..... Le médecin habitué à ces misères humaines doit seul les connaître, parce que seul il est compétent, parce que seul il est tenu au secret médical. Bien des malades ont passé par la maison de santé, à l'insu de tout le monde, et ont retrouvé après leur guérison leur réputation et leur fortune intactes. Que serait-il arrivé, s'ils avaient dû subir l'examen de douze jurés?

M. Donnet, médecin en chef de l'asile de Limoges, trouve que l'on passe peut-être un peu légèrement sur les formalités nécessaires pour l'admission, surtout pour les placements volontaires. « Il faudrait, dit-il, que pour chaque malade dont on réclame la séquestration, l'autorité judiciaire ou administrative requit un ou deux médecins, à l'effet d'examiner s'il y a lieu d'ordonner cette séquestration. »

Il y a, à notre avis, un moyen bien plus simple, c'est d'exiger sur le certificat de placement un visa du magistrat le plus proche, juge de paix, président du tribunal, ou procureur de la République. Pourquoi, par un article additionnel à la loi, ne pas leur faire partager, jusqu'à un certain point, la responsabilité de la séquestration? c'est principalement au début de l'affection, alors que le malade peut rarement dissimuler, que cette intervention peut être de quelque utilité, si tant est qu'elle le soit.

Ce certificat pourrait être plus complet; le plus souvent en province, il se borne à constater que le malade est fou. Voici ce que nous lisons dans une revue des journaux anglais par M. Dumesnil : « Le D^r Brushfield, dans son rapport sur l'asile de Surrey, se plaint de l'insuffisance des

certificats présentés au moment de l'admission des malades. Il voudrait que ce fût au médecin de répondre à certaines questions dont se charge ordinairement l'enquête administrative ; il indique parmi ces questions qui seraient obligatoires et que le praticien aurait toute latitude de développer, les suivantes : 1° durée de l'attaque actuelle ; 2° cause supposée ; 3° Le malade est-il sujet à l'épilepsie ; 4° est-il porté au suicide ; 5° est-il dangereux pour les autres? »

Le D^r Brushfield a raison, et il serait à désirer qu'en France, par exemple, il se trouvât dans toutes les mairies des modèles de certificats contenant les questions indispensables qui guideraient le médecin dans ses réponses et dans ses investigations pour la rédaction de cette pièce nécessaire à l'admission des malades, pièce qui peut être si utile, à tous les points de vue, au médecin de l'asile. »

ART. 44. Quinze jours après le placement d'une personne dans un établissement public ou privé, il sera adressé au préfet, conformément au dernier paragraphe de l'art. 8, un nouveau certificat du médecin de l'établissement ; ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence.

Le certificat de vingt-quatre heures est établi par le médecin en chef ; il en est de même de celui de quinzaine. Pourquoi ne pas confier la rédaction de celui-ci au médecin adjoint avec le contrôle du chef de service ? ce serait une nouvelle garantie qui ne peut en rien détruire le prestige de l'autorité nécessaire dans tout asile. A défaut du médecin adjoint, ne pourrait-on pas confier ce soin aux praticiens chargés par le Préfet de remplacer, en cas d'absence, le médecin de l'établissement ? Nous ne saurions trop le répéter, ce sera là, croyons-nous, le meilleur contrôle, tout autre étant difficile et insuffisant.

M. le D^r Dagron emploie à Ville-Evrard un moyen bien

simple d'empêcher toute séquestration illégale. Voici comment il procède :

A son entrée à l'asile, le malade est reçu et interrogé par l'interne de service ; le lendemain il procède lui-même à un second examen. Huit jours après, l'interne voit de nouveau le malade et relate dans une observation détaillée l'état physique du malade, l'état mental, la forme de la maladie, le traitement suivi jusqu'alors. Le médecin adjoint, à son tour, complète ces données et y ajoute parfois les renseignements qu'il a pu recueillir de la famille. C'est avec ces documents et par un nouvel examen que M. le directeur rédige son certificat de quinzaine. Les notes mensuelles sont prises dans chaque quartier, en présence de tous les malades, du service médical et pharmaceutique, du surveillant en chef et des gardiens. C'est une bonne et excellente mesure que nous ne pouvons qu'approuver.

ART. 44. Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera également d'y être retenue, dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées: 1° le curateur nommé en exécution de l'art. 38 de la présente loi ; 2° l'époux ou l'épouse ; 3° s'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants ; 4° s'il n'y a pas d'ascendants, les descendants ; 5° la personne qui aura signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ; 6° toute personne à ce autorisée par le conseil de famille.

L'application de ce paragraphe de la loi peut avoir les conséquences les plus graves, tant au point de vue de l'intérêt des familles qu'au point de vue de la morale. Qu'on nous permette d'en signaler quelques-unes en les appuyant d'exemples. Nous avons connu à l'asile de un pauvre malade, à demi-imbécile et gâteux, qui, par une de ces bizarreries du hasard, avait été marié à une jeune femme fort belle et fort coquette. Elle ne tarda pas

à faire séquestrer son mari et à oublier l'art. 212 du Code civil, où sont inscrits les devoirs réciproques des époux comme compensation, elle apprenait l'art. 312 qui veut que l'enfant conçu pendant le mariage ait pour père le mari.

Sur ses instances, S.... fut rendu à son affection et séquestré de nouveau à quelques jours de là. Deux ans après même oubli, mêmes démarches. Notre malade trouva que, pendant son absence, la fortune lui était venue en dormant, mais ne s'en inquiéta pas davantage. Deux mois après, nouvelle séquestration.

Nous avons en ce moment à Ville-Evrard un jeune homme qu'une veuve, dans un état de grossesse avancée, a essayé de faire sortir par tous les moyens, afin de l'épouser.

Un autre nous accuse de séquestration illégale, parce que nous gardons sa femme et qu'il ne peut toucher une rente qui est sur sa tête.

Aujourd'hui, c'est un père qui fait sortir son fils pour lui arracher une signature; demain il le fera réintégrer, après s'être emparé de son bien; un autre le dépouillera au profit d'un de ses frères.

D'autres, plus hardis coquins, se présentent dans les parloirs et profitent du moment où les surveillants sont occupés, pour obtenir par des menaces ou des promesses des actes antidatés.

Comment remédier à ces déplorables abus? c'est un soin que nous laissons aux législateurs.

ART. 34. Les commissions administratives ou de surveillance des hospices ou établissements publics d'aliénés exerceront, à l'égard des personnes non interdites qui y seront placées, les fonctions d'administrateurs provisoires; elles désigneront un de leurs membres pour les remplir: l'administrateur ainsi désigné procédera au recouvrement des sommes dues à la personne placée dans l'établissement, et à l'acquittement de ses dettes; passera des baux qui ne pourront excéder trois ans, et pourra même, en vertu d'une autorisation spéciale accordée par le président du tribunal civil, faire vendre le mobilier, etc.

Cet article de la loi n'atteint pas les aliénés placés dans des maisons privées. Il y a là à nos yeux un oubli regrettable qui laisse une trop large part au vol et aux convoitises de toutes sortes. De ce que ces malades sont dans l'aisance, quelquefois dans la richesse, il ne faudrait pas en conclure qu'un patronage soit moins efficace pour eux que pour les indigents. Il ne manque pas de gens toujours prêts à exploiter le malheur. Avant que l'interdiction ait été prononcée, ce qui demande toujours un certain temps, le malheureux malade, qui jouit de ses droits civils, peut se trouver ruiné par une mauvaise gestion de ses affaires, ou par l'inconduite où la malhonnêteté des siens. — Ce qui aurait été évité, s'il avait joui d'une tutelle légale, en attendant qu'il ait été pris des mesures définitives à son égard. Nous voudrions voir ce patronage suivre les aliénés au dehors.

A leur sortie de prison, les condamnés trouvent dans les Sociétés philanthropiques un appui et un secours contre la misère ; moins favorisés qu'eux, les aliénés sont jetés sur le pavé de nos grandes villes, sans savoir ou diriger leurs pas, sans que personne leur tende la main pour leur aider à remonter l'âpre chemin de la vie. Le découragement, le désespoir ne tardent guère à assaillir leur âme ; de là à la folie il n'y a qu'un pas. Ne pourrait-on pas remédier à cet état de choses, soit en élevant le pécule, soit en portant au budget une somme aussi minime qu'elle soit pour venir en aide aux aliénés ? La dépense première serait bien petite, à côté de l'économie définitive.

Nous ne nous dissimulons pas que quelques malades, principalement les alcooliques, gaspilleront leur argent le jour même de leur sortie, et que c'est leur fournir l'occasion d'une rechute immédiate ; mais à côté de cela, que de guérisons chancelantes seront confirmées, et faut-il pour quelques abus renoncer au plus saint des devoirs, celui de secourir son prochain ? Cette idée n'est pas neuve et dans quelques départements on a autorisé les directeurs d'asile à donner

à chaque indigent une somme variant de 10 à 15 francs. A Paris, le Conseil général a voté l'année dernière une subvention annuelle de 5,000 fr. à l'ouvroir de Grenelle, destinée à venir en aide aux aliénées indigentes qui vont lui demander du travail, en attendant de pouvoir s'en procurer au dehors. Mais pourquoi n'en pas faire une mesure générale pour toute la France?

Telles sont les observations importantes qui nous ont été suggérées par la lecture de cette loi; à part les quelques lacunes que nous avons cru devoir signaler, elle nous a paru répondre à toutes les exigences. Si elle a donné lieu à quelques réclamations, cela provient de la manière dont on l'applique, ou plutôt dont on ne l'applique pas.

Par le Dr. DEBOUT

Médecin-chef de l'asile de la Salpêtrière à Paris.

— Nous sommes le Dr. DEBOUT, Médecin-chef de l'asile de la Salpêtrière à Paris, et nous avons l'honneur de vous adresser ci-joint le rapport que vous m'avez demandé par votre lettre du 10 juillet 1838. Ce rapport a été soumis à l'Assemblée générale de la Société de Médecine de Paris le 20 juillet 1838, et a été adopté par elle.

Médecine légale.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL

DE LA FEMME MAUGUEN

Inculpée de meurtre.

SIMULATION. — CONDAMNATION

Par le D^r DEBOUDT

Médecin adjoint de l'asile Saint-Athanase, à Quimper.

Nous, soussignés H. Chauvel, Piriou et Constant Deboudt, docteurs en médecine de la faculté de Paris, commis le 10 juillet 1873 par M. Grolleau-Villeguery, conseiller à la Cour d'appel de Rennes, président des assises du Finistère, à l'effet d'examiner l'état mental de Marie-Rosalie-Laurence Pichard, femme Mauguén, prévenue d'assassinat; après avoir prêté serment entre les mains de M. le président du tribunal civil de Quimper, pris connaissance du dossier, longuement et à plusieurs reprises interrogé et écouté l'inculpée, nous avons rédigé le rapport suivant :

C'est d'après les nombreux documents de la procédure, d'après l'analyse exacte et minutieuse des faits et notre observation personnelle que nous avons pu nous former une opinion motivée sur l'état mental de l'accusée, tant avant le crime qu'au moment où il a été commis et depuis, pendant sa détention dans les maisons d'arrêt de Brest et de Quimper.

Femme de 38 ans dont la moralité est des plus mauvaises : elle a été cinq fois condamnée pour vagabondage et mendicité. Quoique mariée et mère de plusieurs enfants, elle a des habitudes invétérées d'ivrognerie et de prostitution ; ses débauches lui sont un moyen de se procurer de l'eau-de-vie. Dans ses antécédents, nous ne trouvons absolument rien qui se rapporte de près ou de loin à une véritable aliénation mentale ou même à un simple trouble des facultés. Toutes les personnes qui la connaissent depuis longtemps et qui vivaient dans son voisinage, la dépeignent comme une femme parfaitement sensée, très-rusée et très-intelligente, s'enivrant toutes les fois qu'elle avait de l'argent à sa disposition, débitant alors des discours décousus et tenant des propos obscènes. La femme Gourvis, qui a habité pendant un an sur le même palier, dit qu'elle s'enivrait souvent et qu'elle avait alors des accès de gaieté et chantait seule ; mais jamais elle ne s'est aperçue du moindre dérangement dans les facultés intellectuelles de la femme Mauguen qu'elle considère comme fort rusée et fort intelligente.

Un autre témoin, la femme Bizien, dépose ainsi : « J'ai beaucoup vu cette femme pendant plus de deux ans ; quand elle avait bu, elle faisait sa folle, c'est-à-dire se moquait des personnes qui causaient avec elle, et cela dans le but de faire rire ; à jeun, elle est parfaitement sensée, très-saine d'esprit ; je la crois même très-rusée et très-intelligente. » Les autres dépositions sont toutes conçues dans le même sens. Ainsi les témoins sont unanimes à représenter l'accusée comme jouissant, avant le crime, de la plénitude de ses facultés intellectuelles.

Arrivons à l'appréciation de l'acte qui lui est imputé. Elle accouche le 3 avril 1873, sans bien grandes souffrances, sans que personne remarque en elle de l'agitation, un délire même passager. Son premier mouvement est de donner de l'eau-de-vie à son nouveau-né ; puis elle le serre contre elle

d'une manière inquiétante ; elle n'a pas de lait et elle ne veut pas se servir du biberon, malgré les instances de son mari ; le jour du baptême, elle habille elle-même son enfant avec un empressement qui fut remarqué et elle noue les cordons de ses bonnets à tel point qu'on y vit une intention criminelle. Le 14 avril, en l'absence du père, elle étrangle le malheureux en lui serrant le cou avec les mains. Voilà brièvement les faits. L'autopsie démontre que la mort est le résultat d'un crime : le petit cadavre est couvert de taches noires, d'ecchymoses ; un sang noir lui coule de la bouche.

Assurément il ne viendra à l'idée de personne d'invoquer ici un de ces accès de folie subite, transitoire, survenant au moment de la parturition, sous l'influence d'atroces douleurs qui jettent la femme violemment hors d'elle-même, attendu que la mort n'a été déterminée que le onzième jour après la naissance. Rien de plus exceptionnel d'ailleurs qu'un fait de ce genre, et pourtant il n'est pas d'excuse plus banale et moins fondée. Restreignant dans d'étroites limites la portée d'une doctrine funeste, les médecins légistes les plus compétents sont disposés à n'admettre plus aujourd'hui ces impulsions irrésistibles, ces égarements momentanés qui détruisent la liberté morale et la responsabilité des actes pendant l'accouchement.

On ne saurait davantage invoquer la folie puerpérale dont nous ne trouvons aucun élément chez la femme Manguen. Ce n'est pas, en effet, un orage qui passe sans laisser de traces, une impulsion homicide qui se borne à l'instant du crime. C'est une maladie qui a des formes distinctes, sa durée, sa marche et se présente avec les caractères ordinaires du délire maniaque ou lypémaniaque. Ici nous ne trouvons aucun des signes qui caractérisent ces deux formes de l'aliénation.

Sa conduite après sa délivrance, son attitude singulière vis-à-vis de son enfant et qui avait vivement frappé sa fa-

mille, les diverses tentatives qu'elle fait pour le tuer, n'ont rien de commun avec les violences que peuvent commettre les fous et ne justifient que trop les craintes du mari. Est-il besoin de faire remarquer que l'exécution du crime se compose non pas d'un acte unique commis avec une froide perversité, mais d'une série d'actes, d'une série d'essais dont les détails s'enchaînent étroitement et qui dénotent non un trouble maladif des instincts et des sentiments, non un égarement momentané, mais un calcul évident, un dessein bien arrêté de se débarrasser à tout prix d'un poids qui serait une gêne continuelle pour ses honteuses habitudes ? Il n'est pas jusqu'à son attitude troublée, interdite devant le garde champêtre lui reprochant le meurtre de son enfant, qui ne témoigne de l'intégrité de sa conscience, effrayée par le sentiment de sa responsabilité. Ce n'est pas pour le tuer, dit-elle, que j'ai mis mes mains autour de son cou; et bientôt se rétractant, elle allègue des coups donnés par le mari et la faiblesse congénitale de l'enfant.

Suivons la prévenue à la maison d'arrêt de Brest, écoutons les témoignages des personnes qui ont eu des rapports suivis avec elle et recherchons si, parmi les faits énoncés, il en est qui puissent servir de point de départ à un soupçon ou de base à une imputation de folie. Voici comment dépense le gardien chef de la maison d'arrêt : « La femme Mauguen a été détenue trois ou quatre fois; elle m'a paru être en pleine possession de ses facultés mentales; j'ai toujours conservé cette impression qu'elle était saine d'esprit, bien qu'elle eût quelquefois l'air de simuler l'idiotisme. D'ailleurs elle ne simulait l'idiotisme ou l'imbécillité que lorsqu'elle était sous le coup d'une punition disciplinaire. Elle disait alors : Je suis enceinte d'un chat, etc., et autres niaiseries de ce genre. »

La femme Mahé, gardienne, s'exprime à peu près dans les mêmes termes : « Je l'ai vue assez souvent, jamais il ne m'est apparu qu'elle fût folle ou idiote; elle me paraissait au

contraire excessivement sensée ; cependant, prise en faute et punie, elle disait des choses incohérentes..... En l'entendant me parler de la sorte, je pensais qu'elle cherchait à simuler l'imbécillité pour se faire relever de ses punitions. Tout récemment elle a simulé la même imbécillité, ce qui ne m'a pas empêchée de persister dans l'opinion que j'ai toujours eue, que cette femme était dans la plénitude de ses facultés intellectuelles. »

Il serait superflu de reproduire ici tous les témoignages qui, dans l'instruction, ont représenté la femme Mauguen comme ayant la pleine et entière conscience de ses actes ; il nous suffit de citer ceux qui nous semblent le mieux résumer le caractère et l'attitude de l'inculpée.

Que trouvons-nous dans les dépositions adverses ? Pas un seul acte que l'on puisse considérer comme un trait de folie, mais seulement des doutes sur l'état mental de l'accusée. Elle disait et faisait de telles choses, dit une de ses codétenues, que j'ai eu souvent la pensée qu'elle était folle ; et elle termine en avouant qu'en somme, il lui est impossible d'avoir une opinion bien sensée sur cette femme. Une autre condamnée ne sait qu'en penser ; une troisième croit qu'elle n'a pas la tête bien solide ; une quatrième ne peut dire si la prévenue est saine d'esprit. Nous sommes bien loin des premiers témoignages si nets et si précis. Et sur quoi sont basées ces présomptions ? Le voici : Dans la cour, la femme Mauguen se mettait quelquefois à chanter et à rire aux éclats sans motif apparent ; quelquefois elle disait des choses très-raisonnables, d'autres fois ses discours et sa manière d'être étaient étranges... ; elle parlait de ses rendez-vous sur les glacis des fortifications et se complaisait dans des détails licencieux... ; elle parodiait le nom d'une gardienne et l'appelait « vieille rosse ; » dans les dortoirs, elle se mettait toute nue et disait qu'elle partagerait bien volontiers sa couche avec un homme. A la moindre observation, elle répondait par des injures grossières, les épithètes les plus

malsonnantes. En un mot, elle a sans cesse à la bouche des paroles obscènes, ordurières. Et qu'ya-t-il là d'extraordinaire? Prostituée, elle a le langage d'une prostituée. En vérité, il nous faudrait d'autres preuves pour justifier l'allégation de folie.

Quant à son enfant, elle disait qu'il était trop petit pour vivre, qu'après tout, elle ne pouvait pas être punie bien sévèrement pour lui avoir donné la mort, attendu qu'il était baptisé. Une autre fois, elle soutient l'avoir seulement serré un peu fort contre sa poitrine, ajoutant qu'il était mort à l'hôpital où il était demeuré quinze jours. Ainsi donc, l'acte criminel une fois accompli, elle conserve une intelligence très-nette de sa situation et se préoccupe des conséquences de l'accusation qui pèse sur elle.

Deux imputations cependant doivent nous arrêter un instant. Une codétenue affirme avoir vu, à deux ou trois reprises, la femme Mauguen uriner dans ses chaussures et boire son urine. Une autre l'aurait aperçue assise sur son lit pendant la nuit, gesticulant avec les mains et marmottant certaines paroles qui ne sont pas arrivées jusqu'à ses oreilles. Ces allégations ne sont pas confirmées par d'autres condamnées qui ont partagé sa cellule, et, fussent-elles démontrées, elles ne seraient pas la preuve nécessaire, décisive, d'idées délirantes pouvant entraîner l'irresponsabilité d'actes coupables antérieurs. Le fait de boire son urine, trop connu pour qu'il ne soit pas mis en usage par ceux qui n'ont pas d'autres ressources, ne se rencontre guère que chez quelques déments, quelques paralysés généraux, et certains idiots et imbéciles dépravés dans leurs instincts les plus naturels. Rien de tout cela ne saurait regarder la femme Mauguen. Quant à l'insomnie, on ne l'observe généralement que dans les maladies aiguës. Notre femme dort bien le plus souvent.

D'ailleurs ces faits isolés, passagers, tombent à néant devant les autres témoignages si concordants de l'enquête que nous venons de résumer ; bien plus, ils concourent à faire

ressortir et à mettre en évidence le caractère astucieux de cette femme et le vrai mobile de sa conduite : jouer le rôle de la folie et se soustraire ainsi au châtement que mérite son crime.

S'il pouvait rester quelque doute dans les esprits, nous aimerions à corroborer notre opinion par celle du D^r Daniel, qui a fait l'autopsie de l'enfant et donné des soins à la mère lorsqu'elle se trouvait à la maison d'arrêt de Brest. Cet honorable confrère n'a vu dans l'inculpée qu'une nature fautive, dissimulée; qu'une femme fort rusée, prétextant sans cesse des malaises, des indispositions, des douleurs imaginaires pour obtenir d'être soumise à un régime exceptionnel.

Après l'exposé que nous venons de faire, nous nous croyons pleinement en droit d'affirmer que dans les antécédents de l'accusée, dans les circonstances qui ont précédé, accompagné ou suivi l'acte incriminé, dans sa conduite à la maison d'arrêt de Brest, rien ne démontre le plus léger dérangement intellectuel.

Il nous reste à la suivre à la maison d'arrêt de Quimper, à y étudier son attitude, son langage, son système de défense; bref, tout ce qui peut nous éclairer sur ses dispositions morales et la portée de son intelligence. Disons tout de suite qu'elle n'y a jamais donné le moindre signe d'aliénation mentale jusqu'aux assises de juillet dernier. La veille du jour où elle devait être jugée, elle tint devant l'avocat chargé de sa défense les discours les plus absurdes, et c'est là l'origine de la mission qui nous a été confiée. Du jour au lendemain, je fis un premier rapport concluant à la simulation et demandai, pour poser un diagnostic certain, à ce que l'accusée fût mise en observation pendant quelque temps. On m'adjoignit les docteurs Chauvel et Piriou. Ce n'est qu'après une investigation prolongée, persévérante, que nous avons rédigé notre rapport.

C'est une femme de taille moyenne, d'un tempérament

lymphatique, jouissant d'une bonne santé. Rien de singulier, d'étrange dans son habitude extérieure. Son visage, sans être bien intelligent, ne porte pas le cachet si frappant de l'imbécillité ou de la démence ; son œil est furtif, sournois ; sa tenue correcte, son langage poli, sans animation ni émotion ; elle répond avec une grande présence d'esprit ; sa folie, survenue *in extremis*, sans cause apparente, devait tout de suite nous mettre en garde.

Les détails précis qu'elle nous donne sur son mari, sur ses enfants, sur ses antécédents, dénotent une mémoire excellente, jamais en défaut. Dès le premier moment, elle nie son crime. A notre première visite, elle prétend que son enfant n'est pas mort chez elle, mais qu'il dormait paisiblement dans son lit quand des personnes étrangères sont venues l'enlever pour le transporter à l'hospice de Brest. Depuis, elle a constamment soutenu qu'il est vivant encore. Il est bien vrai qu'elle lui a donné de l'eau-de-vie le jour de sa naissance, parce qu'elle n'avait pas de lait, mais c'était pour le réconforter. Elle nie l'avoir habillé le jour du baptême et, par conséquent, elle n'a pu lui lier les cordons des bonnets de la façon que l'on sait. Elle nie les ecchymoses du petit cadavre et le sang noir qui lui coulait de la bouche. Dans tous ses interrogatoires, elle reste invariable sur ce point. Ses réponses très-catégoriques sont parfaitement en rapport avec la situation qu'elle a prise et avec son système de dénégation absolue. Mais cette attitude est tout à fait contraire à la réalité. Les fous homicides ne nient point l'acte qu'ils ont commis, pas plus qu'ils ne veulent être excusés ; ils l'expliqueront par des motifs insensés, ils évoqueront des persécutions, un ordre signifié tout bas à l'oreille, une mission à accomplir, des voix d'en haut ; ne se sentant pas coupables, ils ne chercheront pas à écarter d'eux le poids terrible du sang qu'ils ont versé.

Elle dit ne pas connaître les motifs de son arrestation, alors que toutes nos expertises nous montrent chez elle un

jugement intact, une raison saine et entière. Sa contenance triste, abattue, depuis son isolement complet; le désir qu'elle manifeste de rentrer dans sa famille ou, du moins, parmi ses compagnes de détention; l'avcu du mortel ennui qu'elle éprouve dans la solitude, le changement, en un mot, qu'elle manifeste dans son attitude depuis qu'elle vit seule, tout cela nous prouve évidemment qu'elle se rend parfaitement compte de sa situation et nous montre en même temps le peu de consistance et de sincérité de sa folie.

Elle parle avec amour de sa famille, de son mari, de ses enfants qu'elle voudrait revoir, de son dernier-né vivant encore, dit-elle, mais qu'elle a froidement immolé, et elle cache la perversité de ses penchants sous le masque hypocrite de la tendresse maternelle.

Les renseignements fournis par le gardien chef de la maison d'arrêt de Quimper nous ont convaincus qu'ici la Mauguen n'a paru folle à personne, qu'elle n'a laissé paraître aucun accès d'agitation ni le jour ni la nuit, qu'elle mange et dort bien, que ses fonctions organiques ne présentent aucune de ces irrégularités qu'on est habitué à rencontrer chez le véritable aliéné.

Parfois seulement, avant que d'être isolée, elle se mettait à rire sans motif aux éclats ou à débiter des discours étranges, en ayant soin de se mettre en vue, devant ses compagnes. Depuis qu'elle vit séparée, elle n'a donné aucun signe d'aberration d'esprit; mais, comme à Brest, elle se plaint fréquemment de malaises, de douleurs dans le dos, au ventre, à l'estomac, de diarrhée, ce qui est encore contraire aux habitudes des aliénés, qui ne profèrent jamais la moindre plainte, alors même qu'ils sont atteints des maladies les plus sérieuses.

Il est un point que nous ne devons pas omettre et qui pourrait en imposer aux observateurs superficiels. Nous avons dit plus haut que les réponses de l'inculpée étaient en général très-catégoriques. Mais quand, dans nos vi-

sites, il nous arrive de la laisser parler seule et de l'écouter, elle tient tout de suite les propos les plus étranges, les plus déconus, elle se livre aux divagations les plus insensées. Elle recherche même les occasions de paraître incohérente. Elle marque une certaine impatience et change brusquement de contenance lorsqu'on vient à l'interrompre et à la presser de questions précises, de manière qu'elle ne puisse pas s'égarer dans des réponses absurdes et n'ayant aucun trait à la demande. Elle détourne le regard et rougit parfois quand elle est embarrassée pour trouver une réponse acceptable. C'est alors que le plus souvent elle se met à divaguer.

Ici encore elle soutient mal son rôle et ne prend pas garde qu'elle se perd, comme tous les simulateurs, en dépassant la mesure, en outrant son délire. Autant, en effet, elle fait étalage de sa prétendue insanité, autant les véritables aliénés mettent de soin à dissimuler le mieux possible leurs conceptions délirantes. Ainsi donc, tout en elle proteste contre l'imputation de folie. Elle n'a pas plus le langage et l'extérieur des aliénés qu'elle ne possède leurs habitudes. Ses propos incohérents ne peuvent se rattacher à aucune lésion des centres nerveux; enfin, elle ne présente aucun des symptômes psychiques ou somatiques de l'alcoolisme chronique, malgré l'abus prolongé qu'elle a fait des liqueurs spiritueuses, et il est impossible de la ranger dans aucun groupe, dans aucune catégorie malade en fait d'aliénation mentale.

En résumé, ni dans le passé de la femme Mauguén, ni dans les circonstances qui ont précédé, accompagné ou suivi le meurtre de son enfant, ni dans son système de défense pas plus que dans les témoignages de ceux qui l'ont connue et pratiquée, il n'est possible de trouver le moindre indice de folie véritable.

En conséquence, après un examen scrupuleux, nous n'hésitons pas à conclure que :

1° La femme Mauguen n'est pas atteinte de folie et ne présente aucun trouble des facultés intellectuelles ou morales;

2° Elle a toujours eu, soit au moment de l'action qui lui est imputée, soit depuis cette époque, la parfaite conscience de ses actes.

Fait à Quimper, le 22 septembre 1873.

Le rapporteur,

C. DEBOUDT,

Médecin-adjoint à l'asile Saint-Athanase.

C'est le 9 octobre que la femme Mauguen a été jugée à Quimper. Se voyant démasquée par notre déposition, elle a changé de tactique et cherché à se défendre de son mieux. Ayant obtenu le bénéfice des circonstances atténuantes, elle a été condamnée à quinze ans de travaux forcés.

D^r C. DEBOUDT.

ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

**L'ASILE DÉPARTEMENTAL
DE BRON**

(RHONE)

Par M. le Dr ARTHAUD

Médecin en chef de l'Antiquaille

Parmi les nombreux et difficiles problèmes que soulève l'étude des maladies mentales, il en est un qui depuis longtemps préoccupe les administrateurs et les médecins aliénistes : nous voulons parler de la constitution des établissements destinés à recevoir les aliénés et plus particulièrement les aliénés indigents. Nous n'avons pas l'intention de rappeler les travaux scientifiques publiés à ce sujet, ni de remettre en évidence les bienfaits indiscutables d'une loi tutélaire et des règlements administratifs qui la complètent. Qu'on jette les yeux sur les nombreux asiles créés depuis moins d'un demi siècle, sous la double inspiration de la science et de la charité ; qu'on les compare aux vieux et rares établissements ouverts jadis aux malheureux fous, et l'on se rendra facilement compte des progrès accomplis.

Lyon, jusqu'à ces dernières années, avait paru rester en dehors de ce mouvement général. Il serait peut-être difficile d'en indiquer les causes, peut-être aussi y aurait-il quelque inconvénient à cette recherche. Tenons-nous-en donc à constater ce fait regrettable, tout en rappelant que l'on doit au corps médical lyonnais des travaux dignes de mémoire

sur des projets de construction d'asiles pour les aliénés du département du Rhône, et que ce sont les médecins de cet important service qui ont formulé les plaintes les plus vives, les réclamations les plus énergiques contre la mauvaise disposition et l'insuffisance des locaux dans lesquels nos administrations hospitalières ont dû, faute de mieux, entasser les malades. Bornons-nous à citer les travaux de Pasquier, de Bottex, de Potton; à renvoyer aux comptes rendus des sessions des Conseils généraux depuis un quart de siècle, aux comptes rendus annuels de l'Administration des hospices.

Ce n'est pas à dire que rien n'ait été tenté dans ce long espace de temps pour améliorer et même transformer ce service. Ceux qui ont connu l'Antiquaille, il y a trente ans, peuvent rendre témoignage de tout ce qui y a été fait de bon et de vraiment utile ; mais ce n'était là que du provisoire, et toujours la disproportion évidente entre les efforts accomplis et les résultats obtenus a été une démonstration de plus de la nécessité d'une solution définitive.

Faut-il rappeler que cette solution fut sur le point d'être réalisée par l'adoption d'une mesure qu'on s'étonne d'avoir vue patronnée par des hommes que leur position et leurs lumières semblaient devoir mettre à l'abri de pareilles aberrations? Il ne s'agissait de rien moins que de la suppression complète et immédiate de l'asile de l'Antiquaille, et de la dispersion de tous les aliénés indigents du département, dans des établissements plus ou moins éloignés, avec lesquels on aurait traité par abonnement à prix réduits; en un mot, d'une véritable *traite des blancs*, comme l'a dit avec autant d'esprit que de justesse un éminent aliéniste. Reproduite et défendue avec une insistance digne d'une meilleure cause, cette mesure ne fut définitivement repoussée par le Conseil général du Rhône que dans sa session de 1868.

Une autre proposition plus sérieuse fut sur le point d'a-

boutir. Il s'agissait d'un traité à intervenir entre le département et l'Administration des hospices, aux termes duquel cette dernière aurait fait construire, d'après des plans approuvés, un asile de douze cents places dans son domaine du Perron. Favorablement accueilli par tous ceux qui gémissaient du fâcheux état du service à l'Antiquaille et qui voyaient avec raison dans l'intervention de l'Administration hospitalière le moyen le plus prompt d'arriver à un résultat définitif, ce projet rencontrait moins de sympathies, disons mieux, il trouvait de l'opposition dans les représentants les plus compétents de l'autorité centrale, dans les inspecteurs généraux. On savait en haut lieu de combien de difficultés l'intervention des administrations hospitalières dans la gestion et la direction des établissements d'aliénés avait été la source ; ce que l'on connaissait moins, c'était la composition exceptionnelle du Conseil des hospices de Lyon, son bon esprit, les garanties qu'il offrait pour une rapide et intelligente exécution des travaux. Aussi nous a-t-il été donné de voir des hommes dont le nom seul fait encore autorité, Ferrus, et après lui Parchappe, venus à Lyon tout pleins de préventions contre ce projet, se rendre à l'évidence après constatation faite sur les lieux des avantages qu'il pouvait offrir, surtout avec la condition consentie que le département pourrait devenir propriétaire de l'établissement dès que sa situation financière lui permettrait d'indemniser les hospices.

Il serait sans utilité d'examiner les motifs qui mirent à néant cette combinaison, après que le Conseil général s'en fut occupé pendant plusieurs sessions successives; nous avons hâte, d'ailleurs, d'arriver à l'asile de Bron.

C'est dans les sessions de 1867 et 1868 qu'il fut décidé que le département ferait construire à ses frais un asile d'aliénés, dont les bâtiments, presque achevés aujourd'hui, s'élèvent sur un emplacement situé dans la commune de Bron. Comme nous l'avons déjà dit, on retrouve dans les

délibérations de cette époque le projet d'éparpillement des aliénés hors du département, défendu, pied à pied jusqu'à la dernière heure, au sein du Conseil général. On y trouve aussi, adoptée sans trace d'une discussion qui éclaire suffisamment et justifie les motifs de cette grave détermination et surtout sans avis préalable des hommes compétents, la réduction à six cents du nombre des places du futur asile, que les projets antérieurs avaient fixé à douze cents, chiffre reconnu comme à peine suffisant pour les besoins du département du Rhône. Faisons remarquer en passant que l'instruction de cette affaire et de celle des chemins de fer d'intérêt local avait été renvoyée à une commission unique. Quel lien pouvait rapprocher deux affaires aussi disparates, sinon la question d'argent?

Quoi qu'il en soit, il est bon de faire connaître les résultats aujourd'hui irrévocables de la détermination du Conseil général.

L'emplacement choisi ne peut donner lieu à aucune objection sérieuse. Nul doute qu'il ne laisse quelque chose à désirer; mais il nous est permis d'affirmer, à nous qui avons été associé à toutes les recherches d'emplacements propres à la construction d'un établissement de cette importance, dans les environs de Lyon, que de tous, sans contredit, c'est celui qui réunit le plus de conditions acceptables. Il est situé tout près d'une route nationale, à cinq kilomètres et demi de Lyon, distance suffisante pour mettre l'asile à l'abri des agitations, des bruits de toutes sortes inséparables des populations agglomérées, assez rapprochée cependant pour rendre facile les rapports journaliers avec la ville. Son étendue actuelle, d'environ 37 hectares, est susceptible d'extension quand le besoin s'en fera sentir. Son élévation est en moyenne de 38 mètres au-dessus du niveau du Rhône à Lyon. Les terrains laissés en dehors des constructions sont de bonne qualité; une couche de terre végétale, d'une épaisseur plus que suffisante sur presque tous les points,

y assure les précieuses ressources d'une culture maraîchère fructueuse. L'eau, facile à élever à une hauteur qui permettra de la distribuer dans toutes les parties de l'asile, est d'excellente qualité et en quantité considérable, puisqu'elle est fournie par un courant souterrain du Rhône, dont le niveau varie comme celui du fleuve lui-même, passant à travers une couche de sable et de gravier où il subit une filtration naturelle beaucoup plus complète que celle que pourrait lui assurer la Compagnie des eaux. Cette question, capitale pour un asile d'aliénés, et dont la solution était d'ailleurs facile à pressentir, a été élucidée de la manière la plus complète par les recherches auxquelles s'est livré sur les lieux le professeur Jourdan. Si nous ajoutons qu'aucune cause spéciale d'insalubrité n'a été constatée dans le voisinage et que l'hospice des incurables de Saint-Alban, situé à une très-petite distance, n'a donné lieu à aucune plainte au point de vue de l'hygiène, nous aurons pleinement justifié le choix fait par l'Administration préfectorale.

Une appréciation aussi exacte que possible des besoins du département du Rhône, au point de vue de l'assistance à donner à ses aliénés indigents, nous avait déterminé à fixer à 4,200 le nombre des places dans le nouvel asile. Ce chiffre, à peine suffisant, mais que la prudence commandait de ne pas dépasser, avait l'avantage de réduire sensiblement les frais occasionnés par les services généraux, qui sont loin, on le comprend, d'être proportionnels à la population assistée. C'est sur cette donnée de 4,200 places, acceptée depuis plusieurs années comme base des diverses combinaisons proposées, que M. le docteur Constans, inspecteur général du service des aliénés, rédigea, à la date du 12 décembre 1866, un premier programme dont les savantes dispositions d'ensemble et l'entente parfaite de tous les détails trouvèrent un habile interprète dans l'architecte du département du Rhône, M. Louvier, chargé des plans et devis de l'asile.

Les choses en étaient là, lorsque, brusquement, inopinément, le Conseil général décida la réduction à 600 du nombre des places à créer. En vain proposait-on de limiter à une moitié de l'asile de 1,200 places, et partant, à un peu plus de la moitié de la dépense totale, les constructions à élever immédiatement, afin de rendre l'entreprise moins onéreuse pour les finances du département dont on se montrait si ménager, sauf à le compléter plus tard, quand de nouvelles ressources le permettraient; c'était un parti pris; il fallut se résigner.

En présence de cette résolution, devait-on réduire dans les proportions voulues toutes les divisions dont se compose un asile complet, et avoir ainsi en perspective, dans un avenir peu éloigné, deux et peut-être trois asiles semblables à construire? Nous ne l'avons pas pensé, et, avec l'agrément de l'autorité locale et de l'inspection générale, il a été décidé que l'asile de Bron serait plus particulièrement un *asile de traitement*; les aliénés chroniques et réputés incurables devant continuer à être recueillis à l'Antiquaille ou dans tout autre établissement spécial dont la création pourrait être votée ultérieurement (1). De cette façon, ce n'était plus une réduction, mais bien un remaniement dans lequel on devait scrupuleusement respecter les caractères du plan primitif, qu'il s'agissait d'effectuer. C'est à quoi on est heureusement parvenu en conservant dans presque tous leurs développements les divisions affectées aux aliénés convalescents, paisibles, semi-paisibles, agités, les cellules d'isolement, les infirmeries et le quartier dit de surveillance continue, ainsi que les ateliers et les bâtiments des fermes, et, d'autre part, en supprimant les

(1) L'inspection a dû subir cette décision, prise non-seulement sans sa participation, mais malgré ses observations. Elle a toujours repoussé la division des établissements d'aliénés en maisons de traitement et asiles d'incurables.

(Note de la Rédaction.)

divisions d'enfants, d'épileptiques et réduisant notablement la division des faibles et des gâteux. Qu'on ajoute à cet ensemble de constructions complètement isolées les unes des autres, mais communiquant entre elles et avec le reste de l'asile par des galeries couvertes : le bâtiment de services généraux, le service des bains fonctionnant jusque dans les infirmeries et le quartier des cellules, des parloirs, des bibliothèques, une salle de réunion, une chapelle en rapport avec sa destination spéciale, un pavillon contenant des locaux distincts pour les autopsies, les recherches nécroscopiques, les manipulations chimiques et les collections de pièces d'anatomie pathologique, enfin les habitations des fonctionnaires de l'asile, et l'on aura une idée sommaire de ce que sera cet établissement qui, une fois achevé, réunira toutes les conditions satisfaisantes ; telle est du moins l'impression qu'en rapportent les hommes compétents qui l'ont visité.

La question du pensionnat à établir comme annexe de l'asile a d'ailleurs été réservée, mais non abandonnée.

Commencés en 1869, les premiers travaux de construction avaient été conduits avec une intelligence et une célérité de bon augure pour leur rapide achèvement, lorsque, en mai 1870, une grève générale des ouvriers maçons, plus tard les événements de la guerre, et finalement la nécessité de recourir à de nouvelles adjudications, suspendirent d'abord, ralentirent ensuite ce premier élan.

Nul doute que sans ce concours de circonstances regrettables l'asile ne fût complètement achevé aujourd'hui, et que la population de l'asile de l'Antiquaille ne se trouvât réduite à ce qu'elle devrait être réglementairement, c'est-à-dire à 650 aliénés des deux sexes. Il n'en est rien malheureusement, et, à propos du chiffre des aliénés placés à l'Antiquaille, peut-être surprendrons-nous plus d'un de nos lecteurs en leur faisant connaître que, dans l'espace d'une

trentaine d'années, cette population s'est élevée de 385 à 1,140, c'est-à-dire qu'elle a triplé, sans que la décision prise depuis quinze ans de n'admettre aucun aliéné pensionnaire, et les prescriptions les plus sévères en vue de restreindre les admissions à des aliénés indigents dont la séquestration paraît urgente, aient pu enrayer ce mouvement, en face duquel l'Administration hospitalière, pour ajouter de nouveaux locaux aux anciens, sont restés impuissants. L'achèvement du nouvel asile à l'époque présumée eût été le seul secours efficace à opposer à cette fâcheuse situation ; après avoir vainement attendu, il a fallu prendre le parti de déverser dans des établissements plus ou moins éloignés environ 200 femmes aliénées. Antérieurement déjà, 400 hommes avaient été envoyés à l'établissement de Saint-Jean de Dieu; ceux-ci, du moins, ne quittaient pas le département ni même le territoire de son chef-lieu. Qu'on ne se méprenne pas, toutefois, sur la portée d'une mesure qui n'a rien d'analogue à celle si justement repoussée par le Conseil général, puisque, en définitive, elle n'a porté que sur un nombre relativement très-restreint d'aliénées à peu près toutes incurables, presque toutes abandonnées par leurs familles, ou originaires des départements sur lesquels on les dirigeait, et qu'elle a un caractère essentiellement transitoire. Il y a loin des circonstances dans lesquelles on a eu recours à cet expédient et des précautions dont on a entouré ces transfèrements au procédé expéditif proposé pour en finir à tout jamais avec une question embarrassante.

Cependant les travaux de construction de l'asile de Bron n'étaient que ralentis, et dès le 18 novembre 1870, la Commission départementale entendait le rapport d'une Commission spéciale chargée par elle de visiter ces travaux, et dont faisait heureusement partie le regrettable professeur Jourdan, que ses connaissances techniques et ses habitudes laborieuses rendaient particulièrement apte à traiter tous les points de la question, et M. le docteur Gailleton, dont

les avis éclairés par son savoir, sa sagacité et sa connaissance parfaite des besoins du service des aliénés, devaient peser d'un grand poids sur les décisions à intervenir. M. Jourdan, rapporteur, faisait connaître que la Commission « avait été très-satisfaite de tout ce qu'elle avait vu ; » que les craintes relatives à la quantité d'eau qu'on pourrait trouver « s'étaient complètement évanouies, » que le retard dû aux circonstances auxquelles nous avons fait allusion plus haut « ajournerait l'occupation de l'asile de près d'une année ; la première entrée dans l'asile ne pourrait guère avoir lieu qu'à la fin de 1871. » A cette époque, ajoutait M. le rapporteur, on pourra y envoyer de cent cinquante à deux cents aliénés travailleurs, qu'on occupera aux terrassements et aux plantations. Et la Commission départementale adoptait à l'unanimité les conclusions du rapport tendant, entre autres choses, à obtenir l'autorisation nécessaire pour les dépenses occasionnées par ce premier aménagement.

Malgré toute la bonne volonté de M. l'architecte, le terme de 1871 a été bien dépassé, et, le 15 avril 1872, le Conseil général délibérait de nouveau qu'à la fin de septembre de la présente année aurait lieu l'installation si impatientement attendue de cent cinquante hommes aliénés dans deux bâtiments convenablement aménagés. Cette nouvelle échéance arrivée, tout n'était pas encore prêt, notamment les communications à établir, au moyen de galeries couvertes, entre les bâtiments à occuper et le bâtiment des services généraux, et l'approche de la mauvaise saison allait devenir la source de nouvelles et très-sérieuses difficultés.

D'un autre côté, à mesure que les travaux s'avançaient, on pouvait constater de regrettables lacunes : les unes résultaient de suppressions imposées dès le début à l'architecte, dans le but de réaliser des économies suivant nous mal entendues ; d'autres constituaient des omissions inévitables dans des constructions de cette importance, surtout quand il

s'agit de tenir ces constructions en harmonie avec les développements d'une science qui, d'année en année, réalise de nouveaux progrès. Tous ces *desiderata* ont été signalés dans une lettre du 17 avril 1873, où nous avons demandé, entre autre choses, une clôture plus complète des escaliers, des enduits en ciment dans l'intérieur des habitations, pour éviter des dégradations et diminuer d'autant les frais d'entretien, le capitonnage de deux cellules, des guichets de surveillance mieux disposés que ceux qui avaient été prévus, la substitution de sauts-de-loup aux murs élevés partout où ce sera possible, la suppression d'un mur gênant pour la surveillance. Enfin il nous a paru tout à fait nécessaire de donner au petit pavillon servant de dépôt des morts les développements que comportent des recherches nécropsiques complètes. Si l'on veut que le personnel médical — médecins et élèves internes — reste toujours à la hauteur de l'importance d'un tel asile, est-ce donc se montrer trop exigeant que de réclamer pour lui des moyens d'études sérieuses, comme compensation de cette sorte d'isolement scientifique auquel les règlements le condamneront, en rendant obligatoire sa résidence dans l'établissement ?

Cependant, les travaux nécessaires à l'installation de cent cinquante aliénés se trouvant enfin terminés vers le mois de juillet 1873, il y a lieu d'indiquer à quelles conditions pouvait s'effectuer cette installation. Ne perdons pas de vue qu'il s'agissait d'une colonie d'aliénés valides, aptes à se livrer à des travaux de terrassement, de plantations, de canalisation, etc., parmi lesquels se trouveraient, avec des hommes depuis longtemps paisibles et incurables, d'autres sujets à des périodes d'excitation leur rendant le travail impossible, d'autres enfin, envoyés là pour y achever leur convalescence et assurer leur guérison par une vie occupée et au grand air. Tous ces hommes pouvaient en outre être atteints de maladies accidentelles nécessitant le repos et un

traitement qui, dans l'état où resterait longtemps encore l'asile, ne pourrait leur être administré. Dans cette situation, il y aurait un mouvement fréquent parmi cette population et il ne se passerait pas de semaine sans qu'un échange de travailleurs ne s'opère entre la colonie et l'asile de l'Antiquaille où elle devrait se recruter. Il était aussi très-important qu'un personnel de choix, habitué à soigner et à diriger ces aliénés, les connaissant pour la plupart, fût préposé à leur surveillance. De là l'indispensable nécessité de s'entendre avec l'Administration hospitalière chargée du service des aliénés à l'Antiquaille, pour assurer le bon fonctionnement de cette première installation. Il restait convenu que cette entente, cette sorte de traité aurait un caractère essentiellement provisoire, et prendrait fin aussitôt que l'asile serait achevé. A cette condition seulement, l'Administration des hospices voulut bien prêter à l'Administration préfectorale un concours tout à fait désintéressé, puisqu'il devait lui créer l'embarras d'une nouvelle gestion, sans autre compensation que le remboursement de ses dépenses pour une œuvre dont les charges comme les bénéfices incombaient au département. C'est ainsi que son intervention a toujours été comprise. Acceptée avec reconnaissance par les uns, subie peut-être comme une nécessité par d'autres que l'admettaient comme seule possible pour obtenir d'importants travaux à peu de frais, appliquer largement un des moyens de traitement les plus efficaces, et désencombrer tout de suite la division des hommes à l'Antiquaille, elle reçut par surcroît l'adhésion de M. l'inspecteur général Constans qui, dans son inspection du mois de juin dernier, put se rendre un compte exact de la situation.

Réduite à ces termes, la question paraissait susceptible d'une solution facile : qu'on se détrompe ! Nous avons vainement cherché dans le rapport présenté au Conseil général, dans sa séance du 12 septembre 1873, par la Commission de l'asile de Bron, un avis sur cette affaire toute spéciale et

qu'on peut à bon droit qualifier d'urgente. Seul, M. le conseiller chargé du rapport sur l'hospice de l'Antiquaille et de la Charité, rendant compte de sa mission dans une séance subséquente (15 septembre 1873), résumait ainsi ses impressions sur l'état du service dans le premier de ces établissements : « Nous avons constaté que l'hospice de l'Antiquaille, malgré l'encombrement des malades, est tenu dans de bonnes conditions ; toutefois nous ne pouvons que nous associer au désir bien fondé de M. le docteur Arthaud de transporter, dans le plus bref délai possible, cent cinquante aliénés à l'asile de Bron. » En revanche, le rapport précité sur l'asile de Bron renferme, avec une critique acerbe de tout ce qui s'est fait dans cet établissement jusqu'à ce jour, un groupement de chiffres qui a la prétention de faire connaître à combien s'élèvera la dépense annuelle de chacun des six cents aliénés des deux sexes que doit recevoir l'asile. Sans vouloir suivre M. le rapporteur dans des calculs dont nous ne pouvons ni ne devons vérifier l'exactitude, qu'il nous soit permis d'exprimer notre surprise d'y voir figurer comme élément important d'appréciation un prix de tournée tout à fait exceptionnel, puisqu'il ne porte que sur un petit nombre d'hommes, qu'il comprend le prix des rations supplémentaires auxquelles ont seuls droit les travailleurs, et même quelques autres dépenses dont la mention ne devait pas, par conséquent, se trouver ailleurs, même pour mémoire.

« En présence de cette situation, le premier sentiment de votre Commission, a dit l'honorable rapporteur, a été l'épouvante. » On comprend que sous l'influence d'un tel sentiment, elle se soit empressée de demander « qu'il fût sursis à tous votes approbatifs de nouveaux devis et des crédits à leur affectation, jusqu'après décision prise en session extraordinaire. » La majorité du Conseil n'agit-elle pas en cette occasion comme un propriétaire qui, croyant avoir payé trop cher une maison, se refuserait à une dépense rela-

tivement minime pour la rendre habitable, au risque de la voir se dégrader, et se priverait ainsi des revenus qu'il pourrait en tirer ?

Résumons :

L'Antiquaille est *encombré*; la division des hommes, notamment, a une population de *cinq cent vingt-neuf* aliénés pour *trois cent* places.

Il y a, à l'asile de Bron, deux bâtiments terminés et pourvus depuis six mois de tout leur mobilier qui risque de se détériorer : *cent cinquante* aliénés valides pourraient y être très-convenablement logés.

D'énormes travaux de terrassement, canalisation et autres sont à effectuer, quelques-uns notamment d'une urgence telle qu'il a fallu en faire exécuter pour une somme de 43,000 fr.

Cent cinquante aliénés auraient accompli ces travaux et beaucoup d'autres, à leur grand avantage, et presque sans bourse délier pour le département.

Un personnel suffisant et éprouvé a promis ses services pour accompagner et diriger cette colonie de travailleurs ; l'Administration hospitalière et les médecins offrent leur concours ; l'Administration préfectorale se montre favorable, l'inspecteur général approuve.... et tout reste en l'état.

A qui la faute ?

(Ext. du *Lyon médical*.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médico-psychologique.

Séance du 28 décembre 1874. — Présidence de M. LOISEAU.

Correspondances et présentation d'ouvrages.

1° Une lettre de M. le docteur DUMESNIL, qui s'excuse de ne pouvoir pas assister à la séance.

2° Cinq numéros de la *Tribune médicale*.

M. LUNIER dépose sur le bureau une observation clinique de M. le docteur Taguet, médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard, sur l'état mental d'un malade de cet établissement, M. L... Ce travail est renvoyé à l'examen de MM. Blanche, Lunier et Motet.

M. LOISEAU présente une brochure sur l'aliénation mentale et les asiles d'aliénés en Suisse, par M. le docteur Laussédât, rédacteur en chef de l'*Art médical* de Bruxelles (*Comm.*, MM. Loiseau, Falret et Legrand du Saulle).

M. BRIERRE DE BOISMONT offre à la Société, de la part de l'auteur, un exemplaire du discours prononcé par M. le docteur Biago MIRAGLIA, à l'Académie médico-chirurgicale de Naples, dans la discussion sur le nouveau manicôme provincial.

M. DALLY offre en hommage son mémoire sur le *traitement méthodique des hypertrophies et des atrophies*.

A l'occasion du procès-verbal, M. VOISIN, répondant à une critique de M. Magnan, relative à la fréquence et à la rapidité des récidives chez les aliénés traités par le chlorhydrate de morphine, déclare que ce mode de traitement n'a aucunement la prétention d'empêcher les récidives. Mais les aliénés qu'il a guéris lui ont énuméré, après leur guérison, des phénomènes précurseurs de la folie, qui traités à temps l'ont autorisé à penser que le traitement par les injections sous-cutanées peut arrêter les récidives ; et il a réussi dans plusieurs cas.

Comptes du trésorier.

M. VOISIN, trésorier-archiviste, expose la situation des finances de la Société pendant l'exercice de l'année 1874.

Après quelques observations de MM. Legrand du Saulle et Lunier au sujet du legs Aubanel, la Société charge une commission, composée de MM. Mesnet, Lunier et Legrand du Saulle, de la vérification des comptes, conformément au règlement.

Rapport de candidature.

M. BLANCHE donne lecture du rapport suivant sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Hurel, médecin de la prison de Gaillon.

Dans la séance du 28 octobre dernier, vous nous avez chargés, MM. les docteurs Constans, Lunier et moi, d'examiner un mémoire ayant pour titre : Quelques observations pour servir à l'histoire de la folie pénitentiaire, et que son auteur, M. le Dr Hurel, médecin de la maison centrale de Gaillon, avait adressé à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant qu'il sollicite de vos suffrages.

M. le Dr Hurel, dans l'accomplissement de ses fonctions médicales à la prison de Gaillon, ne s'est pas borné à étudier les questions relatives à l'hygiène, au régime alimentaire et aux conditions physiques de l'existence des détenus ; il a aussi porté son attention sur les conditions intellectuelles et morales des nombreux prisonniers soumis à son observation ; il a noté avec soin quel était l'état mental des individus à l'époque de leur entrée dans la prison, et il a recherché quelle était l'influence de l'emprisonnement et du genre de vie imposé aux détenus sur leurs facultés cérébrales.

La première partie de son travail consiste en considérations sur le système pénitentiaire en général et sur le système disciplinaire de la maison de Gaillon en particulier, ainsi que sur la psychologie des prisonniers. A ce sujet M. le Dr Hurel donne des détails très-intéressants sur le fonctionnement des prétoires de justice disciplinaire institués dans les maisons de détention par arrêté ministériel du 8 juin 1842, sur la solennité des audiences, sur les facilités laissées aux prévenus de présenter toutes observations jugées par eux utiles à leur défense, sur la nature des délits, sur leur fréquence relative, ainsi que sur la forme et l'application des peines prononcées, et sur le résultat moral de cette juridiction intérieure.

M. le Dr Hurel jette ensuite un coup d'œil psychologique sur la population de la maison centrale, et il partage les détenus en trois grandes classes, suivant le degré plus ou moins avancé de

la perversité, suivant leur conformation cérébrale héréditaire, et suivant les manifestations névrosiques qu'ils présentent. Il établit aussi leur classification qui se rapproche un peu de celle d'un asile d'aliénés, puisque l'on y retrouve les tranquilles, les demi-tranquilles, les agités, et les incurables.

Ensuite viennent les observations détaillées des malades que M. Dr Hurel a dû diriger sur un asile spécial après avoir constaté leur état mental.

Enfin, le travail se termine par les conclusions qui le résument. Ces conclusions sont très-importantes; elles établissent en effet que, dans deux cas seulement, le séjour dans la prison a paru être la cause unique de l'aliénation mentale; que dans les autres cas, le mal était antérieur à l'emprisonnement, et qu'il n'y a pas eu lieu de penser que le régime et la règle de la prison aient eu même pour effet d'en accélérer le développement.

Nous n'avons pu, Messieurs, vous donner qu'une idée très-succincte de la valeur du mémoire de M. le Dr Hurel. Plusieurs questions d'intérêt majeur y sont examinées, et chacune d'elles mériterait une analyse et une discussion qui excéderaient de beaucoup les limites d'un simple rapport à l'appui d'une candidature. Ce mémoire est certainement l'œuvre d'un médecin instruit, guidé dans ses recherches par des sentiments élevés, et il témoigne d'une aptitude réelle pour les études dont s'occupe notre Société.

M. le Dr Hurel est déjà depuis plusieurs années médecin de la maison de détention de Gaillon; c'est à cette maison que l'administration supérieure vient d'annexer un quartier spécialement destiné aux détenus aliénés.

M. le Dr Hurel a été chargé de la direction médicale de ce service; nous ne doutons pas qu'il ne justifie la présentation honorable dont il a été l'objet de la part de ses chefs hiérarchiques, messieurs les inspecteurs généraux, et qu'il ne nous apporte les fruits de ses travaux dans le champ très-fécond qui va être bientôt ouvert à son amour du bien et à son zèle pour la science.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer, Messieurs, de conférer à M. le Dr Hurel, de Gaillon, le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique, et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. Hurel est élu à l'unanimité membre correspondant de la société.

Archives et bibliothèque de la Société.

M. DALLY exprime le regret que la Société médico-psychologique ne possède pas une bibliothèque, où ses archives et ses collections seraient déposées et mises à la disposition des membres.

M. LOISEAU et M. LUNIER répondent qu'à diverses époques cette question a été l'objet de toute la sollicitude du bureau de la Société, mais que jusqu'à présent on n'avait pas trouvé de solution compatible avec les modestes ressources du budget.

Elections du bureau pour l'année 1875.

M. BLANCHE, vice-président, est nommé président pour l'année 1875.

Sont nommés ensuite par la voie du scrutin :

Vice-président, M. Dumesnil.

Secrétaire général, M. Motet.

Secrétaires annuels, MM. Berthier et Collineau.

Trésorier-archiviste, M. Voisin.

Membres du comité de publication, MM. Falret, Dagonet et Peisse.

Membres du Conseil d'administration, MM. Loiseau et Mesnet.

Nominations de commissions.

La Société procède ensuite à la nomination de la commission du prix Aubanel, et de la commission d'examen des aliénés soumis au traitement par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

Sont nommés :

Membres de la commission du prix Aubanel : MM. Baillarger, Linas, Dally, Blanche, Motet, Falret, Legrand du Saulle.

Membres de la commission d'examen du traitement par la morphine : MM. Magnan, Lasègue, Falret, Blanche, Dally.

Observation d'hystérie chez l'homme.

M. le docteur Fabre, médecin adjoint à l'asile de Vacluse, membre correspondant de la Société, lit un travail intitulé : Observation type d'hystérie chez l'homme.

Ce travail est renvoyé au comité de publication.

La séance est levée à 6 heures 1/2.

A. LINAS.

Séance du 25 janvier 1875.— Présidence de M. BLANCHE, président.

Avant d'ouvrir la séance, M. le PRÉSIDENT informe la Société

du grave accident dont M. Ch. Loiseau a été victime dans la soirée du 4^{er} janvier.

Les blessures de M. Loiseau, — fracture de l'humérus, luxation du genou, — sont en bonne voie de guérison. Son état actuel permet d'espérer que notre collègue sera bientôt rendu à ses amis et à ses travaux.

Installation du bureau.

M. le PRÉSIDENT ouvre la séance en procédant à l'installation du nouveau bureau.

M. Dumesnil y prend place à titre de vice-président ; MM. Collineau et Berthier, à titre de secrétaires annuels.

M. BLANCHE, président, puis M. DUMESNIL, vice-président, expriment à la Société leurs remerciements pour l'honneur qu'elle leur fait en leur confiant la direction de ses travaux.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La parole est à M. MOTET, secrétaire général, pour le dépouillement de la correspondance.

La correspondance comprend : 1^o Deux mémoires manuscrits adressés à la Société pour le prix *Esquirol*.

2^o Un mémoire traduit du hollandais présenté à la Société par l'intermédiaire de M. LABITTE et comprenant des rapports sur quelques asiles d'aliénés de France, où les malades sont employés à des travaux agricoles, par MM. les inspecteurs généraux des asiles d'aliénés de Hollande, avec demande de renvoi au comité de publication.

M. LUNIER fait remarquer qu'en raison du caractère officiel de ce travail et du sujet sur lequel il porte, il peut être délicat de reproduire dans un recueil français les appréciations qu'il renferme sur certains asiles de notre pays.

Un examen préalable confié à une commission spéciale lui paraît indispensable, ainsi que la réserve de la question d'impression.

M. CONSTANS appuie l'opinion émise par M. Lunier.

M. le PRÉSIDENT conclut à la nomination d'une commission qui sera chargée de faire sur ce mémoire un rapport verbal à la Société.

La Commission se composera de MM. JULES FALRET, DUMESNIL et LUCAS. — Adopté.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL propose de compléter immédiatement la commission du prix *Esquirol* dont font partie de droit MM. BAILLARGER, LUNIER ET MITIVIÉ. La commission est complétée par la nomination de MM. DUMESNIL et BOUCHEREAU.

La correspondance comprend enfin une lettre de M. HENRI BONNET relative à la création de chaires d'aliénation mentale dans les facultés et tendant à ce que des démarches soient entreprises auprès de qui de droit à ce sujet.

M. AUG. VOISIN : Il conviendrait, avant tout, que l'administration ne s'opposât pas à l'ouverture de cliniques dans les hôpitaux d'aliénés.

L'enseignement libre de l'aliénation se heurte, en France, à des antagonismes systématiques, dont la presse à scandale se fait le complaisant écho.

Récemment encore une polémique fut engagée dans divers journaux, à propos d'allégations apocryphes mises en avant par l'un d'eux dans une série d'articles intitulés : *Bicêtre*.

M. LE PRÉSIDENT pense que la Société ne peut être qu'unaniment favorable à l'institution de cliniques dans les asiles d'aliénés.

M. BAILLARGER : La Faculté a institué un cours complémentaire sur les maladies mentales. Il y a lieu de se demander en quoi consiste l'enseignement pratique qu'y reçoivent les élèves.

M. BRIERRE DE BOISMONT : Dans tous les pays, sauf le nôtre, l'enseignement médical est pourvu de cliniques affectées à l'étude de l'aliénation.

Il n'y a qu'en France que se manifestent à l'égard d'un semblable mode d'enseignement les oppositions contre lesquelles j'ai protesté en déplorant la mesure adoptée par l'administration et en vertu de laquelle les aliénés ont cessé d'être dirigés sur les services de la Salpêtrière et de Bicêtre.

M. LE PRÉSIDENT : La mesure administrative à laquelle M. Brierre de Boismont fait allusion remonte à six mois environ. Elle a été prise dans un but d'économie.

Elle n'empêcherait pas, d'ailleurs, de solliciter la création de chaires de clinique pour l'étude des maladies mentales, chaires dont chacun reconnaît l'utilité.

À la création de cours cliniques pour l'enseignement complémentaire des maladies de la peau ou autres est facile. L'organisation de cours cliniques pour l'étude des maladies mentales soulève de bien autres difficultés. La Faculté émet la prétention de ne confier ses cours de clinique qu'à des professeurs agrégés. D'autre part, il est inadmissible qu'un cours clinique d'aliénation mentale soit fait par un médecin, quel qu'il soit, autre que le chef du service dans lequel ce cours clinique serait institué.

M. JULES FALRET appuie la remarque de M. Lunier. La question, ajoute-t-il, est au fond très-complexe. Elle mérite d'être examinée mûrément par la Société.

Un cours complétoire d'aliénation a été officiellement institué par la Faculté. Un professeur agrégé a été officiellement désigné pour entreprendre l'exposé des matières de ce cours ; mais la Faculté est dans l'impossibilité de mettre à la disposition de ce professeur un service où il puisse ouvrir une clinique et rendre pratique son enseignement.

De son côté, l'administration s'oppose à l'introduction dans ses asiles d'un médecin étranger à la spécialité.

C'est là qu'est l'impasse.

M. DELASIAUVE : Il serait anormal que dans les asiles d'aliénés les chefs de service fussent empêchés de se livrer à un enseignement clinique, et tenus en même temps de mettre les malades dont ils ont la direction à la disposition d'un médecin étranger.

Il ne le serait pas moins de restreindre à un cours purement théorique l'enseignement de l'aliénation.

Quant à l'institution d'une clinique unique d'aliénation, elle ne répondra pas plus fructueusement au but que l'on doit se proposer.

C'est par l'institution de cliniques multiples confiées aux soins des médecins chefs de service dans les asiles d'aliénés qu'on atteindra le but, qui est d'instruire les élèves, et qu'un regrettable exclusivisme sera réduit à néant.

M. LE PRÉSIDENT propose la nomination d'une commission pour l'étude de la question et l'élaboration de propositions à soumettre à l'autorité.

Cette commission, composée de MM. BAILLARGER, JULES FALRET, DELASIAUVE, AUG. VOISIN, LUCAS et COLLINEAU, fera son rapport à la Société dans la séance la plus prochaine.

La parole est à M. le Secrétaire pour la lecture du procès-verbal de la dernière séance qui est adopté sans observation.

M. FOVILLE fait hommage à la Société : 1° d'une étude intitulée : *Idiotie* ; 2° d'une seconde étude intitulée : *Hypochondrie*, articles publiés dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

3° D'une brochure intitulée : *Saint-Yon, Quatre-Mares, et les médecins aliénistes de la Seine-Inférieure*.

4° D'une autre brochure intitulée : *Les asiles publics d'aliénés du département de la Seine-Inférieure ; maison des Quatre-Mares Saint-Yon. — Rapport administratif. — Exercice de 1872*.

M. Foville dépose en outre sur le bureau une circulaire par laquelle il demande, pour être placés dans la bibliothèque en voie de formation à l'asile de Quatre-Mares, l'envoi des mémoires particulièrement relatifs à l'aliénation mentale dont chacun des membres de la Société pourrait disposer.

M. LINAS fait hommage à la Société d'une étude intitulée : *Monomanie*, article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Rapport sur les comptes du trésorier.

La parole est à M. LEGRAND DU SAULLE pour la lecture du rapport de la commission des finances.

Il ressort de l'enquête de la commission, non-seulement que les comptes de M. le Trésorier sont parfaitement en règle; mais que l'état des finances de la Société médico-psychologique est prospère.

Au mois de mars prochain, la Société pourra disposer d'une somme de 2,400 fr. pour le prix Aubanel; et au mois de décembre 1877, elle disposera d'une somme de 2,400 fr. (legs Aubanel), pour un prix dont le sujet sera déterminé ultérieurement.

M. le PRÉSIDENT propose de voter des remerciements à M. Voisin, comme trésorier, et à M. Legrand du Saulle, comme rapporteur de la commission des finances. — Adopté.

Prix Aubanel.

M. LE PRÉSIDENT propose qu'aussitôt que le prix Aubanel présentement promis aura été distribué, une commission soit nommée à l'effet de rechercher le meilleur emploi des fonds dont la Société va avoir la disposition. — Adopté.

Eloge d'Aubanel.

M. LEGRAND DU SAULLE demande la parole pour une motion.

Depuis plusieurs années, dit M. Legrand du Saulle, la Société a écouté avec un vif intérêt des éloges funèbres remplis de faits et d'enseignements sur les hommes qui se sont illustrés dans l'étude de l'aliénation.

Aubanel, dont le concours à la Société a été si actif, serait digne de l'honneur d'un éloge funèbre à son tour.

M. LE PRÉSIDENT appuie la motion de M. Legrand du Saulle. L'examen de la proposition est renvoyé à la prochaine séance

Rapport de candidature.

M. Aug. VOISIN a la parole pour la lecture d'un rapport sur la candidature du Dr A. Bateman, de Norwich, au titre de membre associé étranger.

Messieurs, vous avez reçu de M. le Dr Bateman, médecin de l'hôpital de Norwich (Angleterre), une demande d'être nommé associé étranger de la Société médico-psychologique, et un traité de l'aphasie à l'appui de sa candidature.

M. le Dr Bateman occupe à Norwich une position très-honorable et j'espère que l'exposé que je vais vous faire de ses opinions et de ses travaux sur l'aphasie vous fera accueillir favorablement sa demande.

Le livre de M. Bateman renferme l'historique complet des mémoires publiés sur l'aphasie, et des observations favorables et défavorables aux opinions de MM. Bouillaud, Dax et Broca sur le siège de la faculté du langage articulé.

M. Bateman a fait suivre l'historique d'observations qui lui sont personnelles et qui sont très-intéressantes; en particulier, celle d'un batelier (obs. I) qui perdit subitement la faculté de parler et qui ne put dire à partir de ce moment que les mots : « oh' dear' »; celle de M. Th., qui ne pouvait trouver le mot juste et dans le cerveau duquel on trouva un ramollissement de l'hémisphère gauche à l'union du tiers moyen avec le tiers postérieur; celle de J..., qui perdit la parole, eut une hémiplegie à droite et plus tard une à gauche, et dont le cerveau présenta un caillot dans la partie centrale de chaque hémisphère sans lésions de circonvolutions frontales; celle de C. G., qui fut pris d'aphasie, d'agraphie et d'hémiplégie droite et à l'autopsie duquel on trouva une exostose syphilitique du rocher correspondant au lobe sphénoïdal gauche ramolli à sa surface; celle de M. Leman qui fut pris d'hémiplégie gauche en même temps que d'embarras de la parole, et à l'autopsie duquel on trouva un foyer de ramollissement dans le corps strié droit.

M. Bateman donne de l'aphasie une définition qui diffère, comme vous pouvez en juger, de celle qu'en ont donnée les auteurs français.

« J'appliquerai, dit-il, le mot aphasie à tous les cas dans lesquels la parole est abolie ou supprimée, quelle qu'en soit la cause. »

Je reviendrai tout à l'heure sur ce point.

Après la définition de l'aphasie, notre confrère s'est demandé

ce que c'était que la parole et en a fait une analyse approfondie dans laquelle il a utilisé les mémoires de Broca et de Dunn.

M. Bateman décrit plusieurs variétés d'aphasie :

La première s'applique aux cas où l'aphasie est un phénomène passager et intermittent ;

La deuxième s'applique aux cas où les individus ont seulement perdu le pouvoir de prononcer leur propre nom ou les noms d'autres personnes ;

Dans une troisième variété, la défectuosité porte sur tous les substantifs ;

Dans une quatrième, les malades emploient un mot pour un autre ;

La cinquième variété est affectée aux aphasiques qui emploient des phrases toujours les mêmes pour répondre à chaque question ;

Dans une sixième variété, on trouve une perversion de la parole caractérisée par l'absence de connexions entre les sons articulés et les idées qu'ils veulent émettre.

M. Bateman réserve d'autres catégories pour les cas où l'aphasie existe sans aucune parésie, et pour ceux où la défectuosité est limitée à la perte du langage articulé seul ou s'étend au langage écrit et à celui des signes. A ce sujet, M. Bateman parle des cas où les malades répètent les mots prononcés devant eux et imitent les signes faits en leur présence et il rappelle une femme « écho » que je lui ai montrée à la Salpêtrière dans le service de M. Baillarger (4).

M. Bateman parle enfin de l'aphasie spasmodique.

L'étiologie fait l'objet d'un chapitre complet ; M. Bateman cite des observations d'aphasie congénitale ; d'aphasie suite de traumatisme, d'aphasie symptomatique de tumeurs cérébrales, de ramollissement, de compression du cerveau, de maladies de la moelle, d'aphasie chez les épileptiques, les hystériques ; d'aphasie consécutive à l'intoxication par des solanées et à la septicémie.

Dans le chapitre du traitement, M. Bateman rappelle des cas heureux de guérison ou d'amélioration de l'aphasie dues à une seconde éducation et à l'exercice *de novo* des organes de la parole.

(4) Comme particularités, cette femme disait, en 1853, avant chaque phrase : « Monsieur et Madame. » En 1868, hémiplegie du côté droit et hémiplegie faciale.

M. Bateman a abordé ensuite avec un esprit de critique élevé la discussion des diverses opinions sur la pathogénie et la physiologie pathologique de l'aphasie ; et il se demande d'abord s'il y a oui ou non un siège cérébral de la parole et, s'il en existe un, la place qu'il occupe.

M. Bateman rapporte plusieurs cas dans lesquels les deux lobes antérieurs étaient détruits ou altérés dans une grande étendue, sans que la parole fût altérée; mais il montre en même temps que la destruction ou l'altération n'étaient pas assez entières pour infirmer la théorie de M. Bouillaud sur le siège de la parole dans les lobes antérieurs.

La théorie de M. Dax sur le siège de la parole dans le lobe antérieur gauche est vivement attaquée par M. Bateman qui cite des faits d'intégrité de la parole coïncidant avec des lésions du lobe antérieur gauche et d'aphasie coïncidant avec des lésions du lobe antérieur droit.

M. Bateman combat encore l'opinion de M. Broca au moyen d'observations d'aphasie qu'il emprunte à Trousseau, Ogle, Fox, etc., et dans lesquelles la troisième circonvolution frontale gauche était saine.

Notre confrère a encore traité les questions intéressantes de l'existence simultanée de l'hémiplégie gauche et de l'aphasie chez les gauchers et du développement fœtal plus avancé de l'hémisphère gauche qui serait en rapport avec le siège de la faculté de la parole dans cet hémisphère. Il a rappelé à cette occasion les travaux de Gratiolet sur la précocité de développement de cette partie de l'encéphale.

Messieurs, j'espère vous avoir fait connaître suffisamment le travail de M. Bateman.

Je dois, maintenant, vous signaler celles de ses opinions qui me paraissent discutables.

Et d'abord la définition qu'il donne de l'aphasie est en contradiction avec la signification que les auteurs français ont donnée à ce mot. En effet, nous admettons tous que l'aphasie est le trouble ou la suspension du langage soit parlé, soit écrit, soit mimique chez un individu dont l'intelligence est, du reste, intacte. Étendre l'aphasie, comme le fait M. Bateman, à tous les cas de trouble de la parole et à ceux où l'intelligence est atteinte, comme dans l'idiotie, l'aliénation mentale, constitue un abus de mots.

La division précise des questions est une des conditions de l'avancement des sciences, et ce serait, en particulier, jeter une perturbation dans les études pathogéniques de l'aphasie

que de la confondre avec le mutisme, avec les altérations du langage des paralyés généraux, des idiots, etc.

Je ferai à M. Bateman un second reproche, c'est de s'être attaché à renverser toutes les théories qui cherchent à expliquer l'aphasie, et de ne pas avoir essayé d'appliquer sa méthode éclectique à la pathogénie de ces troubles du langage de causes si variées.

Je crois pourtant qu'avec nos moyens d'investigation actuels, il est possible d'expliquer les contradictions qui ressortent de ces observations diverses.

Avant tout, il faut se convaincre que la parole est une résultante de phénomènes ressortissant à nos nombreuses mémoires, à l'incitation volontaire et dépendant de la transmission de cette incitation volontaire à des organes de mouvement sains, au moyen d'un réseau considérable de fibrilles nerveuses.

Les lobes antérieurs jouent, nous le savons, le principal rôle dans les phénomènes intellectuels; ainsi les lésions du cerveau chez les aphasiques sont plus fréquentes dans les lobes antérieurs que dans les autres, mais les circonvolutions pariétales, occipitales et sphénoïdales jouent aussi un rôle, quoique moindre, dans l'exercice de la mémoire et de la volonté.

D'un autre côté, ces parties du cerveau peuvent ne pas être lésées, et cependant l'aphasie existe, parce qu'il suffit que les fibrilles nerveuses conductrices de la volonté aux organes moteurs de la parole soient affectées d'une certaine façon pour que cette dernière fonction soit troublée.

Or ces fibrilles, parties des circonvolutions supérieures et latérales, suivent un trajet qu'il est nécessaire de rappeler, si on veut expliquer certains faits d'aphasie. Dans leur direction vers les pédoncules cérébraux, elles passent près de la circonvolution de l'insula, de la troisième frontale, pénétrant ainsi dans la couronne de Reil, et enfin dans le corps strié.

Le nombre des fibrilles entrant ainsi dans la constitution des expansions pédonculaires est considérable; c'est dans ces fibrilles qu'il faudrait chercher celles qui sont dévolues aux organes moteurs de la parole.

En tous cas, si les circonvolutions insula et troisième frontale sont si souvent en cause dans la physiologie pathologique de l'aphasie, la raison en est, telle est au moins mon opinion, qu'elles se trouvent sur le trajet de ces fibres nerveuses, que Luys a appelées cortico-striées. L'explication est la même pour le corps strié, puisque ces fibres passent à travers son épaisseur.

Il est un reproche enfin que je ferai aux auteurs qui ont écrit sur l'aphasie, c'est qu'ils ont l'habitude de ne tenir compte que des grosses altérations que l'on voit à l'œil nu. Ceci est une erreur capitale, car il est des lésions aussi importantes que l'on ne peut découvrir qu'avec l'aide du microscope. Examinez avec l'aide de cet instrument ces faisceaux serrés de fibrilles nerveuses qui passent dans les pédoncules cérébraux, dans le *corps strié*, dans la couronne de Reil, et vous comprendrez que des lésions que l'œil nu ne voit pas, peuvent cependant empêcher ou gêner le fonctionnement d'éléments aussi délicats.

J'ai constaté ces faits chez plusieurs aphasiques et j'ai trouvé dans ces fibres conductrices des lésions bien suffisantes pour expliquer l'aphasie. Tel était le cas chez Charnical, cette femme « *écho* » dont parle M. Bateman. Les circonvolutions de l'insula, de la troisième frontale gauche, ne présentaient que des altérations vues au microscope (athérômes des capillaires artériels ayant déterminé de l'anémie des zones correspondantes de substance nerveuse et des lésions nécrotiques). Outre ces altérations, il existait deux lacunes de 3 à 4 mill. dans le corps strié gauche, l'une dans son milieu, l'autre près de son bord interne et dans sa partie moyenne.

Il suffit encore que l'artère sylvienne soit fortement atteinte d'altérations calcaires pour qu'il survienne de l'ischémie dans les circonvolutions insula et troisième frontale, dans la substance blanche sous-jacente et dans la partie correspondante de la couronne de Reil, et que le fonctionnement de ces parties en soit suspendu ou troublé.

Des lésions congestives peuvent déterminer les mêmes phénomènes.

Je m'arrête, Messieurs, dans ce courant de considérations qui me sont personnelles; mon but étant seulement de vous montrer l'intérêt du livre de M. le Dr Bateman. Aussi, j'espère que vous accueillerez favorablement la demande qu'il vous a faite d'être associé à la Société à titre de correspondant étranger.

Conformément aux conclusions favorables du rapport, et après dépouillement du scrutin, M. le Dr Bateman est élu membre associé étranger de la Société médico-psychologique de Paris, à l'unanimité des suffrages.

M. FOVILLE demande à présenter quelques réflexions, à l'occasion du rapport de M. Voisin.

M. le Rapporteur, dit-il, a signalé avec raison la distinction établie par M. Bateman entre l'aphasie et les divers troubles de la parole que l'on observe dans d'autres maladies, notamment dans la folie paralytique. Cette remarque est très-juste, d'une manière générale; mais il est important de signaler que parfois aussi, chez des aliénés paralytiques, on a l'occasion d'observer une impossibilité ou difficulté extrême à trouver les mots et à les prononcer, qui constitue une véritable aphasie et qui diffère totalement de l'embarras de la parole ordinaire des paralytiques. Ce symptôme se produit à la suite des attaques congestives, apoplectiformes ou épileptiformes, qui sont si fréquentes chez ces malades. M. Foville l'a observé plusieurs fois et il a constaté que toujours il coïncidait avec une hémiplegie partielle de la moitié droite du corps, jamais avec celle du côté gauche. Cette aphasie doit donc rentrer dans la règle commune, c'est-à-dire être rattachée à une lésion de l'hémisphère gauche du cerveau. Elle est temporaire, elle disparaît avec l'hémiplegie partielle qu'elle accompagne et n'a généralement qu'une durée de cinq à six jours.

M. DALLY : Sur une question obscure, le rapport de M. Voisin est un modèle de lucidité.

Récemment, M. Onimus est parvenu aux mêmes conclusions que M. Voisin, et mes recherches personnelles m'y ont conduit aussi, de mon côté.

J'ai avancé que les localisations cérébrales sont consécutives à l'usage, plus ou moins répété, de telle ou telle portion du cerveau.

J'ai appelé l'attention sur la corrélation entre l'usage habituel du bras droit, et le développement précoce de l'hémisphère gauche. Par analogie, le rapprochement peut s'étendre à la localisation de la faculté du langage.

Cette localisation existe, c'est certain. Le point cérébral de cette localisation n'est pas absolument, n'est pas invariablement le même. C'est ce que je considère comme important à établir.

M. BAILLARGER : M. Voisin a parlé d'une femme de mon service qui répétait constamment ce qui se disait devant elle. Cette femme ne m'a pas paru être une aphasique. Chez elle, le phénomène qui la transformait en une sorte d'écho, m'a semblé plutôt le résultat d'une habitude invétérée.

M. Bateman parle d'aphasies coexistantes avec des lésions siégeant dans l'hémisphère droit. Les faits qu'il rapporte à l'appui de cette exception sont-ils nombreux et circonstan-

ciés? — Ils n'infirmèrent pas, en tout état de cause, la règle générale en vertu de laquelle la lésion cérébrale, dans l'aphasie, siège du côté gauche.

M. DELASIAUVE : Même dans les cas d'aphasie où il y avait lieu de présumer que la lésion siégerait dans l'hémisphère droit, M. Broca a toujours rencontré des lésions dans l'hémisphère gauche. Cette constatation donne un grand poids à la règle généralement admise et que vient de rappeler M. Bailarger.

M. FOVILLE : Dans son rapport, M. Voisin parle d'une série de faits dans lesquels, d'après Bateman, l'autopsie aurait révélé l'existence de lésions de l'hémisphère gauche propres à produire l'aphasie, sans que, pendant la vie des malades, cette affection ait été observée. J'ai fait moi-même, à une époque récente, l'étude attentive des faits cités par Bateman à l'appui de cette opinion, et au lieu d'une série, je n'en ai pu trouver qu'un seul ; encore n'a-t-il pas à mes yeux toute la valeur que leur attribue cet auteur. Voici dans quelles circonstances j'ai été amené à faire cette étude : Il y a quelques mois j'ai pratiqué l'autopsie d'un aliéné qui avait fait un séjour de plusieurs années à l'asile de Quatre-Mares, sans présenter d'aphasie ni d'hémiplégie. Il ne pouvait y avoir de doute à cet égard, car cet homme travaillait constamment au jardin, et de plus, il vociférait, d'une manière très-nette, des injures et des obscénités. A l'autopsie je découvris une ancienne fracture avec dépression de l'os pariétal gauche et une destruction étendue de la substance cérébrale intéressant tout le lobule de l'insula ; je fis remarquer aux personnes présentes à l'autopsie que, d'après la théorie que pour mon compte je considère comme très-généralement exacte, une lésion grave de cette région aurait dû déterminer l'aphasie, et j'ajoute que l'absence d'aphasie dans ce cas me paraissait une anomalie très-importante à constater. Rentré dans mon bureau, j'étudiai le dossier du malade et j'appris, par cette étude, que longtemps avant son admission à l'asile, cet homme, dont la vie avait été des plus aventureuse, se trouvant dans l'Amérique du Sud, avait été assailli par des brigands qui l'avaient laissé pour mort, après lui avoir donné plusieurs coups de poignard dont un lui avait enfoncé le crâne, et qu'à la suite de cette blessure, il avait été un an sans pouvoir prononcer une parole. Il était évident, dès lors, que la lésion cérébrale avait bien produit l'aphasie, comme cela me paraissait devoir être, et que loin d'infirmar la théorie de Dax et de Broca, ce fait lui donnait, au contraire, une confirmation

éclatante ; en outre il présentait un exemple bien remarquable de guérison de l'aphasie et de l'hémiplégie qui n'avait pas pu manquer d'exister à la suite de la blessure. Mais on voit que si je n'avais pas trouvé, dans le dossier du malade, ce renseignement précieux sur sa vie antérieure, j'aurais été amené à donner à son autopsie une interprétation tout à fait erronée ; il est très-possible que ce soit ce qui a eu lieu pour le seul cas analogue rapporté dans Bateman, car cet auteur n'avait observé le malade que peu de temps avant sa mort et il ne paraît pas avoir eu une connaissance complète de ses antécédents.

M. FALRET ne croit pas que les considérations auxquelles s'est livré M. Bateman soient propres à infirmer la loi formulée par M. Broca.

M. LUNIER pense, en effet, que la loi formulée par M. Broca est d'une application sinon absolue, du moins très-générale.

Quant aux malades qui répètent incessamment tout ce qu'on dit devant eux, ils ne sont pas d'une observation très-rare. La tendance à une imitation automatique est, ici, tout à fait indépendante de l'aphasie.

Quant à l'opinion émise par M. Dally, à savoir que les localisations cérébrales seraient acquises et consécutives à une éducation spéciale, elle semble pour le moins très-hardie à M. Lunier. Il ne lui paraît guère admissible que la localisation du langage puisse affecter une autre place que le lobe antérieur du cerveau, soit du côté gauche, soit du côté droit.

M. DALLY : Il existe une série assez considérable de faits constatant la coexistence de la conservation du langage et de la destruction du lobe antérieur gauche du cerveau.

Ces faits ne renversent pas la loi établissant que le lobe gauche antérieur est celui dont nous nous servons d'habitude pour parler, mais ils prouvent que nous pouvons parler en nous servant d'une autre partie du cerveau que de celle où d'ordinaire se localise la faculté du langage.

Au sujet des localisations cérébrales acquises, j'ajouterai qu'aujourd'hui il paraît inadmissible de regarder le cerveau comme générateur exclusif de la pensée.

Le cerveau est en rapports constants avec les impressions du dehors ; et, dans leur perception, telle partie peut fort bien suppléer telle autre. Il est permis d'inférer de là, que l'individu peut se servir, pour parvenir à un but déterminé, d'une autre partie du cerveau que celle dont il se sert généralement.

M. BAILLARGER : Le malade dont a parlé M. Foville est fort curieux. Après être resté aphasique pendant un an, il a retrouvé l'usage de la parole. Le cerveau, en effet, a de ces suppléances. Un journal italien donnait récemment l'observation d'un soldat dont le corps calleux et le septum lucidum manquaient, sans que, de son vivant, cette lésion anatomique se soit manifestée par aucun symptôme apparent.

M. FOVILLE : Chez le malade que j'ai signalé, il existait, comme je l'ai dit, une altération profonde de la région de l'insula, mais la lésion était beaucoup plus étendue, car il existait en outre une destruction considérable de matière cérébrale, s'étendant horizontalement à la surface du lobe postérieur de l'hémisphère gauche, depuis la scissure de Sylvius jusqu'à l'extrémité du lobe occipital. Cette perte de substance formait, après l'enlèvement des méninges, une sorte de gouttière évidée, dont, par la comparaison avec l'hémisphère opposé qui était intact, j'ai évalué la capacité à 33 centimètres cubes, environ.

Ce fait m'a d'autant plus frappé que, quelques années auparavant, j'en avais observé un autre analogue à Charenton. Il s'agissait d'un homme d'une soixantaine d'années qui, à la suite d'une attaque apoplectique, avait été affecté d'aphasie sans hémiplégie persistante. Je l'avais suivi, jour par jour, pendant trois ans à peu près; pendant ce temps il avait presque complètement guéri de son aphasie, puis avait eu d'autres attaques qui avaient ramené l'aggravation de l'aphasie, sans laisser d'hémiplégie persistante. Il mourut enfin, subitement, et à l'autopsie, je fus fort étonné de trouver précisément à la même place, c'est-à-dire à la surface extérieure de l'hémisphère gauche, suivant une ligne horizontale allant de la scissure de Sylvius à la pointe du lobe occipital, une gouttière évidée représentant une déperdition de matière cérébrale que j'ai cru pouvoir évaluer approximativement à 44 centimètres cubes. Il est évident que, dans les deux cas, il a dû s'établir dans le fonctionnement cérébral des suppléances de l'ordre de celles dont a parlé M. Baillarger.

M. DELASIAUVE signale en terminant, au point de vue de la détermination du siège précis de la localisation, l'importance de la détermination du siège précis que la lésion elle-même occupe.

La séance est levée à six heures. **D^r GOLLINEAU.**

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

Journal le « *Mental Science.* »

(1^{er} trimestre 1872).

Analyse par le D^r E. DUMESNIL.

ARTICLES ORIGINAUX :

- 1^o *Les connexions héréditaires entre certaines affections nerveuses*, par le D^r F.-E. Anstie ;
- 2^o *Feintes tentatives de suicide*, par le D^r David Nicolson ;
- 3^o *Sur quelques-uns des enseignements modernes concernant la folie*, par le D^r Edgar Sheppard ;
- 4^o *Nos asiles encombrés*, par le D^r Williams ;
- 5^o *Efficacité comparative de la teinture de jusquiame, du bromure de potassium et du chloral, à doses simples, dans l'excitation maniaque*, par le D^r J.-A Campbell ;
- 6^o *Epidémies mentales parmi les animaux*, par le D^r W. Lauder Lindsay ;
- 7^o *Une possibilité médico-légale*, par le D^r Frédéric Needham ;
- 8^o *Cas d'aphasie et d'agraphie ataxiques avec ataxie locomotrice*, par les D^{rs} J. Bally Tucke et John Fraser.

1^o Dans une conférence scientifique qui a eu lieu en 1871 à l'asile de West Riding, Wakefield, le D^r E. Anstie a traité le sujet important « *des relations héréditaires entre certaines maladies nerveuses.* » Après avoir rappelé que Morel dans son ouvrage *des dégénérescences*, est l'initiateur de ces recherches, scientifiquement parlant, recherches confirmées et poursuivies ensuite par d'autres physiologistes, notamment par le D^r Maudsley, il trace en quelques lignes les dangers que fait courir aux individus le tempérament nerveux et ses transformations successives dans les générations d'une même famille ; il note que le point de départ est souvent, par exemple, un ancêtre adonné à l'ivrognerie qui a donné naissance à un aliéné, qui à son tour procréera des enfants sujets à des affections nerveuses d'un autre ordre. Quelques qualités brillantes chez certains de ces rejetons, des aptitudes remarquables, des talents originaux, dus souvent à ce tempérament nerveux, ne compensent pas les maux qui en découlent.

Ces études avaient fixé l'attention sérieuse du D^r Anstie

avant qu'il eût lu les travaux de Morel et de Moreau, de Tours, et avant la publication du livre du D^r Maudsley; sa longue expérience dans les dispensaires, les hôpitaux, la clientèle civile, lui a permis de réunir des faits importants puisés à des sources certaines. Ces faits concernent surtout l'alcoolisme, l'épilepsie, les diverses névralgies (y compris l'angine de poitrine et l'asthme spasmodique); les cas de folie y tiennent aussi une assez large place, mais ceux qui sont liés à d'autres formes des maladies nerveuses sont moins nombreux.

Le point original du mémoire de l'auteur consiste en ce que, suivant lui, l'hérédité du nervosisme se présente sous deux variétés, ou deux formes: l'une qu'il propose d'appeler nervosisme héréditaire actif; l'autre, nervosisme héréditaire sommeillant (dormant).

1^o En ce qui a trait à la première variété, il s'étonne, tant elle est remarquable et frappante dans mille circonstances, qu'on ne lui ait pas appliqué plus tôt quelque classification scientifique. Et, tout en reconnaissant qu'il y a peut-être une certaine exagération dans l'observation type citée par Morel, il connaît également des familles qui ont été décimées et même anéanties par les effets fatals et progressifs des névroses dont l'origine était due simplement à l'usage funeste du vin d'Oporto, usage qui s'est introduit en Angleterre, depuis deux à trois générations, après que les hommes d'Etat de ce pays eurent pratiquement exclu du marché anglais les vins légers de France.

Ici l'auteur cite plusieurs cas de cette espèce parmi ceux qu'il a insérés dans son ouvrage sur la névralgie, et il assigne aux quatre points de départ suivants le nervosisme héréditaire actif qui peut atteindre les familles.

1^o L'abus des boissons; 2^o les excès vénériens, ou plutôt la masturbation; 3^o une nourriture insuffisante; 4^o une éducation incomplète.

Quatorze années d'observation, tant dans les hôpitaux que dans la pratique privée, lui ont permis en outre de fournir les chiffres suivants qui donnent une idée de l'étendue d'action du nervosisme héréditaire. Des quatre-vingt-trois malades observés, les familles ont présenté les affections diverses: épilepsie, 44 cas; hémiplegie ou paralysie, 9 cas; folie, 12 cas; habitudes d'ivrognerie, 44 cas; consommation, 18 cas; danse de St-Guy, quatre cas. Il a remarqué souvent cette vulgaire incommodité qu'on appelle migraine, surtout dans les familles où il a noté l'épilepsie.

Le fait suivant est un exemple curieux de l'explosion soudaine du nervosisme héréditaire chez une jeune personne, indemne jusqu'alors de toute affection nerveuse, mais appartenant à une famille où les névralgies et les dispositions névropathiques étaient notoires. Elle tombe, et se démet la cheville ; sa blessure, bien soignée, ne présente aucune gravité, et tout fait espérer une guérison rapide. Elle est malheureusement prise du tétanos, et enlevée en six heures. La violence du tétanos et les conditions dans lesquelles il a éclaté doivent être attribuées, de l'avis de l'auteur, à l'action funeste de l'élément nerveux transmis par sa famille à la jeune malade.

Ce fait peut servir de transition pour arriver au nervosisme héréditaire sommeillant. Qu'entend le Dr Anstie par nervosisme sommeillant ? Le nervosisme actif a pesé sur une famille pendant nombre d'années. Grâce à de bonnes alliances et à certaines sages mesures, il est devenu latent, mais il n'en continue pas moins à menacer la race et peut reparaître sous certaines influences fâcheuses ou par un concours d'événements malheureux.

L'auteur avoue que cette espèce est plus difficile à mettre en évidence que la première. On y arrive néanmoins grâce aux probabilités fournies par l'analogie.

La science biologique nous apprend que les caractères physiques d'un individu, un trait de la physionomie, un simple tic musculaire, alors même qu'ils ont été accidentellement détruits, se reproduisent chez ses petits-enfants. De même l'épilepsie, ou, comme elle, quelque une des formes les plus intraitables des névroses paraissant avoir disparu pendant plusieurs générations, ont laissé des traces impérissables qui se révèlent plus tard. C'est à cette donnée qu'il faut demander le pourquoi d'une multitude de faits vitaux et cliniques. L'exemple le plus digne qu'on y insiste se voit dans les phénomènes de la vraie dipsomanie. Elle atteste d'une façon indubitable « la mémoire organique impérissable du corps », pour nous servir de l'expression énergique du Dr Maudsley. La dipsomanie se distingue de l'ivrognerie simple par des impulsions subites et périodiques irrésistibles, contrastant d'une manière absolue et hideuse avec les habitudes ordinaires de l'individu. Le Dr Anstie a vu un nombre considérable de ces cas, et cependant jamais il n'a manqué de trouver parmi les ascendants du malade, l'ivrognerie avec quelque excentri-

cité mentale et même une folie véritable. Une investigation bien faite aura infailliblement, dit-il, ce résultat.

Le Dr Anstie recherche ensuite à quels caractères on peut reconnaître le nervosisme héréditaire sommeillant, et les circonstances qui ont le privilège de le faire saillir. Le premier caractère du nervosisme héréditaire sommeillant est une puberté prématurée. Le développement des organes génitaux et surtout l'explosion des désirs sexuels se montrent hâtivement chez les jeunes individus. On peut quelquefois, il est vrai, mettre cette précocité sur le compte des mauvaises fréquentations et de mauvaises habitudes contractées à l'école, mais dans la plupart des cas, comme le fait remarquer le Dr Herman Weber, la masturbation provient chez les enfants d'une impulsion intime et non du mauvais exemple. Un enfant s'est montré jusqu'à ce jour extraordinairement innocent et calme; tout à coup les passions sexuelles font explosion avec une violence diabolique. Voilà le nervosisme héréditaire dormant, désormais actif, triste reliquat d'un aïeul ivrogne et intempérant.

Un autre caractère, est le développement inattendu et intense du sens artistique chez un enfant dont les parents ne présentent que des dispositions prosaïques et communes.

Il faut mentionner enfin les convulsions pendant la dentition, alors que les autres enfants, frères et sœurs, n'ont éprouvé rien de semblable.

Notons encore le soudain développement de propensions au mensonge et au vol chez un enfant bien élevé.

Parmi les causes susceptibles de transformer le nervosisme dormant en nervosisme actif, on peut citer les suivantes :

1° L'alimentation insuffisante pendant l'enfance; 2° un surcroît de travail intellectuel dans la vie cérébrale d'un individu; 3° la phthisie, ou toute autre maladie qui, faisant subir au sujet une suppuration prolongée, est pour lui une cause non interrompue de dénutrition; 4° les mariages consanguins.

Nous regrettons que le défaut d'espace nous empêche de suivre le Dr Anstie dans des considérations auxquelles son savoir et son expérience donnent le plus vif intérêt, mais il est aisé de voir par l'énoncé de ces causes qu'elles sont susceptibles de fournir des données importantes au point de vue de la prophylaxie.

L'auteur termine en s'élevant contre ceux qui, considérant le nervosisme héréditaire comme « la tyrannie de notre organisation », veulent que notre nature physique et morale soit le

jouet d'un inexorable destin. Il espère que l'analyse qu'il vient de présenter inspirera la vraie méthode par laquelle, en agissant avec constance sur la génération qui naît, on pourra conjurer des dangers connus. La nouvelle thérapeutique aura des armes plus efficaces contre la maladie, et sera le gage de l'affranchissement de la race humaine, en atténuant la plupart des douloureuses conséquences du « *nervosisme héréditaire*. »

2° Le Dr David Nicolson, médecin de l'*Invalid Prison*, a écrit sur les suicides simulés une étude consciencieuse dont voici la substance :

Si l'on remonte à l'enfance de l'art scénique, en Angleterre, on verra que les pièces offertes en spectacle au peuple étaient tirées de sujets religieux, comme la Nativité et la Passion de N.-S. J.-C. le massacre des Innocents. Le clergé lui-même s'associait aux représentations. La foi aidant, elles avaient une influence salutaire sur l'esprit public. Avec le temps, un scepticisme envahissant a substitué peu à peu, au théâtre, le profane au sacré, et ces pièces, qu'on appelait des moralités, n'ont plus chance de réussir aujourd'hui.

La prison est un véritable théâtre, mais les pièces qu'on y voit représenter sont l'antipode des anciennes moralités. La naïve allégorie a fait place au tableau poignant des faiblesses et des désordres du corps et de l'esprit. Les acteurs abondent. Les sujets ordinaires jouent le rhume, la diarrhée, le rhumatisme, etc. Mais il y a les grands comédiens. Il y a là aussi les Garrick, les Kean, les Matthews, et même les mistress Siddon. Ceux-là jouent avec d'autant plus de talent, que leur but est plus difficile à atteindre : l'inertie soutenue du paralytique, l'angoisse périodique de l'épileptique, l'incohérence ou l'agitation du maniaque. Mais leur grand thème est le suicide simulé.

Le public est porté à croire que le vrai suicide est commun dans les prisons. C'est une erreur, ainsi que le démontrent les quelques chiffres qui suivent : pendant 40 ans, jusqu'en 1869, la population des prisons a été en moyenne par an de 7.334 dont 6.449 hommes, et 4.482 femmes. Il y a eu pendant ces dix années 49 suicidés dont une femme, soit 0.25 pour 1000. Neuf ont eu lieu à Millbank, huit à Pentouville, et deux à Portland. Autant qu'on peut en juger par l'ambiguïté des renseignements du *Blue Book*, aucun suicidé ne présentait des symptômes de dépression ni d'affection mentale ; quoi qu'en dise, en effet le, D' Davey, qui veut que le suicidé soit toujours

fou, le suicide est généralement consommé par un type d'individus qui attendent à leur vie froidement et avec connaissance de cause, parce qu'ils sont fatigués de l'existence. Lorsqu'on connaît à un prisonnier des idées de suicide, on le fait facilement renoncer à ses projets par quelques bonnes paroles ou un adoucissement à son sort.

Il y a aussi un large groupe de tentatives douteuses, moitié réelles, moitié feintes, et surtout impulsives où, sans rime ni raison, le prisonnier essaye de se blesser. On observe surtout cette variété chez les femmes hystériques. D'ailleurs, le nombre de suicides chez les femmes prisonnières est insignifiant. Le Dr Rendle de Brixton n'en aurait vu qu'un cas en vingt ans (*Blue Book*, 1867). Les renseignements incomplets fournis par les rapports ne permettent pas de donner exactement la proportion des suicides simulés et des vrais suicides. L'auteur pense que sur quatre tentatives il y en a trois qui sont feintes. Le suicide est extrêmement rare parmi les condamnés invalides. Le Dr Campbell, depuis douze ans, n'en a observé aucun, à peine une tentative douteuse.

Le prisonnier tient à sa propre conservation; ce qui le prouve, c'est qu'il ne laisse pas longtemps le médecin dans l'ignorance de ses petites misères. Le désir d'améliorer sa position, de réaliser un projet qu'il médite, le déterminent à recourir à l'imposture. Le simulateur poursuit simplement un but, et ce but ou motif est toujours le plaisir, comme le dit J. Mill. Notre propre expérience nous apprend combien volontiers notre esprit se dirige vers cet objectif dans le cours ordinaire de la vie; chez le prisonnier, il faut comprendre le plaisir d'une autre manière: ce sera, tout simplement, l'amoin-drissement de ses peines, son plaisir étant d'une espèce négative.

Le Dr Nicolson divise les prisonniers en bons et mauvais. Cette division n'est pas empruntée à la qualité qu'ils avaient dans le monde, car, vu le changement de milieu, un vrai coquin peut faire un bon prisonnier; de même qu'un homme autrefois honnête mais devenu une fois coupable et condamné, peut devenir un prisonnier détestable. Le mauvais prisonnier est constamment puni, et la prison devient intolérable pour lui. C'est alors qu'il cherche à améliorer son sort par le mensonge, et qu'il risque une simulation de suicide.

— Les circonstances qui déterminent la tentative simulée de suicide peuvent se ranger sous trois chefs:

1° Une punition. Le prisonnier veut l'éviter ou donner de l'ennui à celui qui l'a fait punir, qui passera pour l'avoir poussé à cet acte; quelque chose de l'enfant gâté qui simule le suicide pour punir ses parents de n'avoir pas satisfait ses caprices.

2° C'est le premier acte d'une folie simulée. Sur 18 cas de folie simulée rapportés par M. Nicolson : 7 présentaient des tentatives feintes de suicide, 3 par pendaison, 3 par refus d'aliments, 4 par coupures à la gorge;

3° Pour amener une diversion. Alors parfois des motifs bien futiles sont en jeu : éviter une corvée, entrer à l'hôpital, esquiver un rapport, s'attirer de la sympathie, etc.

Quand il a résolu de feindre le suicide, le prisonnier prépare soigneusement sa mise en scène, de manière à produire le plus d'effet possible et à sauvegarder en même temps sa personne. Il choisit le moment où, la porte de sa cellule étant ouverte, le gardien lui apporte son repas. On le trouve pendu au tuyau de conduite du gaz ou à sa patère. On coupe le lien, on s'empresse, on lui projette de l'eau froide au visage, cela sans résultat, etc.; une demi-douzaine de camarades le portent à l'hôpital en se lamentant sur le pauvre John, pendant qu'on va prévenir le médecin. Ici se passe une comédie admirablement jouée et décrite avec beaucoup de verve par l'auteur, comédie que le docteur qui trouve le pouls excellent, la respiration libre, les téguments du cou intacts, se hâte de terminer, à la confusion du coupable.

Les variétés de suicide simulé ne sauraient être nombreuses à la prison, vu l'insuffisance des moyens. Les diverses méthodes employées sont, par ordre de fréquence : la pendaison et la strangulation, l'égorgeement et les coupures diverses, le refus d'aliments, la précipitation.

La pendaison et la strangulation sont les plus communes, et sont employées d'habitude en même temps, le manque de hauteur des cellules empêchant la suspension véritable. Ce mode de suicide simulé séduit d'ailleurs le condamné, à cause de sa facilité d'exécution et de l'effet qu'il est susceptible de produire. Il laisse en outre au simulateur des chances de salut si les secours n'arrivent pas à temps, les pieds pouvant toujours trouver un point d'appui. La strangulation seule est surtout employée par les femmes. L'auteur cite le cas d'une femme qui avait longtemps refusé de manger dans sa cellule; un jour, par extraordinaire, elle y consentit. C'était pour s'é-

étrangler avec son mouchoir. Elle savait que sa rentrée inusitée dans sa cellule éveillerait les soupçons des gardiens, qui ne manqueraient pas de la suivre. C'est ainsi qu'elle fut sauvée et qu'elle avoua sur-le-champ son imposture.

Les autres moyens employés sont beaucoup plus rares et présentent moins d'intérêt : l'égorgeement n'est jamais sérieux. C'est avec un morceau de verre, la lame de son couteau de fer-blanc, que le prisonnier se fait des égratignures, en ayant bien soin de ne pas enfoncer trop profondément. — Le refus d'aliments, quoique sans intention de se laisser ainsi mourir, n'en est pas moins employé. La persistance durant de deux à trois jours a été dans un cas jusqu'à neuf jours. Il n'en résulte rien de grave le plus souvent, mais des affections gastriques diverses, la perte des forces en ont été parfois la conséquence. Dans quelques cas, lorsqu'il est déterminé par un sentiment de ressentiment, il peut être suivi de folie.

La précipitation, moyen rarement employé, présente ordinairement cette particularité que le simulateur a soin de s'accrocher à certains obstacles qui amortissent sa chute. Son mobile le plus ordinaire est un désir de vengeance ou l'entrée à l'infirmerie.

D'après Griesinger, certains aliénés sont susceptibles de simuler le suicide, il ne s'ensuit pas pour cela que la folie soit simulée. Morel (*Ann. Médico-psychologiques*, 1854, page 84) mentionne un fait de ce genre. Néanmoins le Dr Nicolson maintient avec le Dr Maudsley que ce doit être un fait bien rare. Feindre, suppose, nécessite l'existence de motifs, d'un motif qu'on puisse dire rationnel, et ce n'est pas une petite difficulté de découvrir sa présence ou sa coexistence avec la folie positive, etc., etc.

Les tentatives feintes de suicide ne sont pas toujours sans danger. Il est malsain d'essayer sur sa personne des expériences dans le genre de celles qui viennent d'être décrites, et il ne faut pas s'étonner si l'imposteur est pris quelquefois dans son propre piège. A Clatham-Prison, en 1861, un condamné se pend au ventilateur situé au-dessus de la porte de sa cellule; on accourt, mais on est obligé, pour ouvrir cette porte, de compléter la strangulation et il ne fut rappelé à la vie que difficilement. Un autre, à Dartmoor, se pend en croyant que l'officier de ronde va passer. Par malheur, l'officier a l'idée de commencer son inspection par l'autre bout et le trouve mourant. Le *Standard* a donné un fait de ce genre.

L'auteur termine ce long et consciencieux travail par quel-

ques considérations sur les menaces de suicide, et il appelle la rigueur de la loi sur les individus qui se livrent à de tels actes; il y a d'ailleurs des cas d'un caractère plus complexe, et où le magistrat a besoin de recourir à l'intervention médicale; par exemple, lorsque l'empoisonnement prétendu et ses symptômes peuvent être imputés aux agissements d'une autre personne. Plusieurs cas de cette sorte sont relatés dans le traité de Christison sur les poisons.

Le simulateur proportionne sa tentative au degré d'inconvénients et de risques qu'il sent qu'il peut supporter, mais généralement il prend grand soin de ne pas se faire trop de mal.

3° A propos du discours prononcé par le président de l'Association médico-psychologique, en août 1871, le professeur Edgar Sheppard fait les quelques remarques critiques suivantes :

Il se plaint d'abord du parti pris qu'ont certains maîtres, sous prétexte de donner à notre époque l'impulsion fécondante qui lui manque, de vouloir progresser quand même. Ils nous inondent d'idées nouvelles qui ont pour résultat de nous faire douter de nos professeurs, car le dicton d'aujourd'hui, clair et précis, est obscurci par celui de demain, et nous sommes souvent obligés de retourner sur nos pas et de refaire nos prémices et nos conclusions.

Il faut rendre hommage d'ailleurs à la vraie philosophie dont est empreint le discours présidentiel surtout, lorsqu'il touche au traitement de la prédisposition à la folie.

La phrase de Descartes « que le perfectionnement de la race humaine est subordonné aux progrès des sciences médicales » doit être modifiée, et il est mieux de dire que ce perfectionnement est subordonné aux progrès de la science d'éducation morale et physique.

A l'entrée de l'enfant dans la vie, l'ignorance des parents dépose dans son berceau un substratum malsain qui le prédispose à une affection mentale. On ne saurait trop condamner, par exemple, cette déplorable habitude qu'ont certaines familles de donner à leurs enfants, au moment du baptême, des appellations bizarres ou ridicules. L'orateur insiste sur l'importance de cette cause, en apparence futile. Personne n'aime le ridicule; le diable lui-même, remarque Luther, n'ose lui faire face. Exposer un enfant aux railleries et aux sarcasmes des autres, c'est compliquer inutilement une éducation déjà difficile, surtout s'il est d'un tempérament à forme névropathique.

Le développement moral d'un enfant dépend absolument des bonnes et des mauvaises influences du milieu où il vit, et le caractère des siens doit déterminer sur sa jeune organisation.

L'influence des idées religieuses d'une famille sur l'avenir de ses membres n'est pas moins évidente. Le Dr Clouston est allé trop loin en dénonçant « l'extrême et entier scepticisme du président, » le Dr Maudsley, qui a dit, avec raison, que l'espèce humaine s'est plus moralisée par certaines découvertes scientifiques que par des croyances à demi ébranlées.

Il condamne énergiquement les vues fausses inculquées aux enfants sur la prière.

Accoutumés à tout rapporter à un pouvoir supérieur, ils ne recherchent pas les causes physiques. Ils en viennent à perdre complètement l'usage de leur volition, et tout étonnés de leur faiblesse, ils tombent dans l'analyse intérieure. L'introspection mentale est la perte du jeune homme, c'est une fréquente cause de folie. Au lieu d'appliquer son énergie à combattre une névrose congénitale, comme le tic de la face, par exemple, l'enfant, conseillé par une certaine école de religionistes, se borne à prier avec ferveur, et alors, de deux choses l'une : ou il perd la foi, ou il se croit frappé par un arrêt du ciel. De là à la folie religieuse, il n'y a pas loin.

Il est donc important que la religion des enfants, surtout s'ils sont atteints d'un nervosisme quelconque, ne paralyse pas la volonté; il faut qu'elle soit compatible avec les enseignements de la science, qu'elle admette la *moralité* du sang pur, l'importance des aliments et de l'air qu'on respire.

Le Dr Maudsley a bien mérité de la science en séparant fort nettement la religion de la morale. Il nous faut un peu plus de philosophie socratique et un peu moins de sentiment religieux conventionnel. L'influence des hommes de science, des médecins serait précieuse pour diriger l'éducation des enfants contaminés d'un vice héréditaire. L'orateur propose de placer un enfant nerveux dans une famille à esprit fortement trempé, c'est-à-dire qui ait sa volition complète. Les défaillances du jeune élève seraient combattues d'une manière efficace par le positivisme de ses commensaux. Par-dessus tout, à cette exagération des sentiments religieux et à cette croyance de l'intervention divine, on opposerait un christianisme robuste et une philosophie socratique. — Pour qu'une plante prospère, il faut choisir son terrain. — Le Dr Bucknill admet avec raison l'action de la volonté pour guérir les névroses à leur origine. Le

aliénés eux-mêmes qui possèdent ce pouvoir de résistance, peuvent atténuer ou même supprimer leurs accès périodiques d'excitation.

L'auteur apprécie ensuite l'intervention du médecin pour s'opposer au mariage d'un individu héréditairement contaminé. Le pouvoir du médecin est malheureusement illusoire. La loi l'autoriserait-elle à opposer son veto, et leur dirait-il avec elle : ne vous mariez pas, il ne pourrait pas malheureusement leur dire : n'épousez pas, et il serait désarmé en face de cette *neuropathia psychica sexualis*, qui est l'attribut fatal des tempéraments aliénés et épileptiques. Et puis, peut-on dire dans quelle mesure l'influence morbide de l'ancêtre s'oppose à la santé du conjoint, et les caprices et les tendances protéiques des névroses permettent-elles une classification facile des cas individuels? Non, le médecin en est réduit à se moquer de ces tristes alliances et à se consoler en se disant que les organismes tarés tendent invariablement à s'éteindre. D'ailleurs, comme dit le Dr Maudsley, la nature est admirablement large dans la production et la destruction de la vie. Elle ne compte pas ; un homme de génie qui pait à côté de mille, voire de cinquante mille idiots, compense suffisamment le mal que fait cette foule. — Le Dr Sheppard traite ensuite du lien existant entre la folie et les formes les plus élevées de l'intelligence. « Nullum ingenium sine mixtura dementiæ », dit Aristote, ce qui était vrai il y a des siècles est aujourd'hui l'expression des récentes découvertes de la psychologie morbide, pour laquelle a tant fait le Dr Moreau, de Tours. Le génie et la folie ont tous deux une tendance commune et fatale; d'abord la production d'organismes faibles, ensuite leur destruction. « Le génie porte en lui un principe de destruction, de mort, de folie, comme le fruit porte le ver. » (Lamartine.)

Tout le monde connaît ces individus qui ne sont pas fous, mais qui présentent des bizarreries choquantes de caractère. Ils sont fêlés, mais la fêlure laisse passer le jour. La ligne de démarcation entre leur état et la folie est tellement difficile à trouver, que notre diagnostic d'aujourd'hui sera annihilé par celui de demain. C'est une étrange mixture de folie et de puissance intellectuelle. Le Dr Moreau les compare aux métaux précieux enfouis dans une gangue épaisse et dont les conceptions attestent l'activité de l'organe cérébral où règne la confusion et le désordre. Il importe qu'un contrôle sévère empêche ces esprits de se livrer à la *suractivité*. Car il est une limite au-delà de laquelle ils tomberont dans l'épilepsie ou la folie.

Nous voyons ici la merveilleuse corrélation des extrêmes de l'esprit humain. Nous comprenons mieux maintenant cet arbre généalogique de la famille qui donne des fruits bons et mauvais, et cette phrase que « le délire et le génie ont de communes racines. » L'orateur développe éloquentement cette idée de la parenté du génie et de l'idiotie. Le *mens sana in corpore sano* est un juste milieu, un étiage, quelque chose comme ce qu'en terme de Bourse on appelle le pair. On doit remarquer aussi chez un individu la balance établie entre la laideur physique et la beauté morale et intellectuelle, considérations que le D^r Moreau, de Tours, a développées brillamment dans sa *psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire*.

Le professeur Edgar Sheppard termine son travail par un consciencieux plaidoyer en faveur des asiles. L'installation admirable des établissements pour lesquels le pays a fait des dépenses énormes, la responsabilité qui pèse sur les employés, les doivent faire toujours préférer, pour les aliénés, aux soins organisés à domicile. En s'éloignant ici, à peu près complètement, des vues émises par le D^r Maudsley, il rappelle les opinions des docteurs Wood, Bucknill, Thurnam à ce sujet, opinions inspirées par la pratique et l'expérience. La nature de la maladie, le bien-être qui est nécessaire aux aliénés, la surveillance qu'ils réclament, les dangers de plus d'une sorte auxquels ils exposent ceux qui vivent avec eux, c'est-à-dire leurs plus proches parents, leurs propres enfants, ne permettent guère, dans l'immense majorité des cas, de songer à des arrangements particuliers toujours plus ou moins vicieux quand ils ne sont pas impraticables.

L'auteur regrette de n'avoir plus le temps de s'occuper de la dernière partie du discours du D^r Maudsley où perce un certain scepticisme thérapeutique, il croit que nous n'en sommes pas encore arrivés à jeter les drogues... par la fenêtre, et qu'il ne faut pas mettre uniquement sa confiance dans le régime alimentaire, le cube des appartements et la discipline.

Cette réponse, dont malheureusement il est impossible de faire passer dans une analyse l'esprit de saillie et tous les traits originaux, est à la hauteur de la spirituelle oraison du D^r Maudsley, qui n'a parfois cotoyé le paradoxe que dans le but, comme il l'a dit lui-même, de provoquer la discussion sur des sujets d'une haute importance.

4° Le *Blue Book* publié dernièrement par le comité d'inspec-

tion nous a révélé, dit le Dr Williams, qu'actuellement (1872), 36,871 Anglais sont privés de leur liberté et placés dans les asiles. Si on compare ce résultat avec les chiffres donnés pour 1869, on voit que le nombre des aliénés de toute classe a augmenté pendant l'année 1870 de 2,042, dont 174 dans les maisons privées et 1,868 malades indigents.

L'asile du comté de Sussex avait, il y a douze ans, à l'époque de sa fondation, 450 malades, aujourd'hui il en a 800 et il est question d'y placer 1,200 lits, malgré l'avis des hommes compétents qui déclarent que la population de cet établissement ne saurait dépasser six à sept cents aliénés.

Pour remédier à cet encombrement des asiles qui, au lieu de justifier leur nom, « hôpitaux pour les aliénés curables, » méritent la dénomination d'hospices d'incurables, divers projets ont été appliqués sans aucun succès.

Il ne faut pas songer au système colonial. La fameuse cité des simples de Gheel, ne s'est pas faite en un jour, et on ne trouverait pas en Angleterre les conditions d'emplacement et de milieu qui ont favorisé le développement de la colonie belge. Les fermes isolées, à proximité des asiles, ne réussissent pas. L'essai qu'on en a fait à Haywards Heath a échoué, les malades n'ayant pas voulu y rester. La tentative d'évacuer des aliénés chroniques et inoffensifs sur les *Unions des pauvres* où l'on aurait fait quelques appropriations spéciales n'a pas eu de succès, car chaque *Union*, à l'exception de Brighton, a refusé d'entrer dans cette voie.

Le Dr Williams vient donc proposer un système qu'il applique avec avantage depuis dix-huit ans. Il rend tout simplement les malades inoffensifs et les malades chroniques à leurs familles, après s'être assuré toutefois qu'ils n'ont aucune tendance à l'homicide ou au suicide, et que les personnes qui désirent s'en charger offrent des garanties sérieuses et ont les moyens de les garder.

La pratique du Dr Williams est passible d'objections, comme la possibilité d'un changement brusque dans la forme de la maladie qui rend l'aliéné soudainement dangereux. — Elle mérite cependant une bonne mention au point de vue économique, sans qu'il soit absolument besoin de l'étayer de considérations philosophiques sur l'égalité des hommes et sur la liberté individuelle. En France, les choses se passent ainsi fort souvent dans un grand nombre d'établissements.

5° Le Dr Campbell, médecin en chef de l'asile de Garlands-Carlisle, publie une série d'expériences sur l'efficacité relative de la teinture de jusquiame, du bromure de potassium et du chloral.

Les médicaments ont été administrés, à doses fixes, à 44 malades qui présentaient différents degrés d'excitation. On lira avec intérêt ces observations faites avec une justesse rigoureuse, et rendues plus claires par deux tableaux synoptiques. L'auteur a terminé son travail par les conclusions suivantes :

1° Le chloral et la teinture de jusquiame sont des sédatifs certains de l'excitation maniaque ;

2° De ces deux médicaments, le chloral est celui qui produit le plus sûrement le sommeil ;

3° Le chloral agit plus rapidement que la teinture de jusquiame ;

4° Bien que le bromure de potassium, à doses suffisantes, soit un sédatif de l'excitation maniaque et, jusqu'à un certain point, un hypnotique, il n'a pas cependant un pouvoir sédatif et hypnotique assez puissant pour calmer une agitation violente et pour amener le sommeil dans les grandes insomnies ;

5° Deux drachmes de teinture de jusquiame ne sont pas l'équivalent de trente grains de chloral. Deux drachmes et demie seraient plus exactement la dose équivalente. Quant au bromure de potassium, l'auteur estime qu'il est difficile de donner une idée de son équivalence, pour le pouvoir sédatif et soporifique. Il n'a guère de chances de succès que dans les cas d'excitation et d'insomnie d'une intensité moyenne.

6° Le Dr Lauder Lindsay continue son œuvre de réhabilitation ou plutôt d'annoblissement des animaux. En avril 1874, il a traité de l'esprit chez les animaux, et dans un long article il a colligé laborieusement des observations qui lui ont permis de construire une véritable psychologie animale, et de conclure à l'identité de l'esprit chez l'homme et chez les bêtes. Aujourd'hui, en attendant qu'il termine un ouvrage plus complet sur leur pathologie mentale, il s'est occupé d'une question qui s'y rattache, de la panique. — Il présente à ce sujet une série de faits extrêmement intéressants empruntés aux principaux journaux anglais. A vrai dire, nous n'osons point voir dans ce travail une étude de pathologie comparée, mais nous recommandons la lecture de ces faits divers comme étant très-curieux.

Les « stampèdes » (appelés ainsi parce que le premier événement de ce genre a été observé à Stampedo, au Mexique)

sont des paniques qui s'exercent sur de grandes masses d'animaux qui ont donné ainsi de véritables signes de folie.

Les premiers stampèdes notés en Angleterre ont eu lieu à Aldershot, au champ de manœuvres d'automne, dans les premiers jours de septembre. Il y a eu trois paniques successives pendant lesquelles des centaines de chevaux se sont emportés. Les causes de ces paniques, probablement futiles, ne sont pas bien connues, mais témoignent de l'extrême sensibilité nerveuse, excitabilité, irritabilité des chevaux artificiellement élevés. Les mêmes phénomènes ne sont pas sans exemple en Russie, comme le démontre le fait de 1874, près de St-Petersbourg. Une circonstance singulière qui a marqué cette panique, est que les chevaux ont pu être ramenés au son du clairon. Il y a là, pense l'auteur, une preuve non discutable d'intelligence, car, avant d'obéir, les animaux ont hésité et l'hésitation suppose la réflexion et par suite la raison.

Un autre stampède a été l'un des tableaux les plus émouvants du grand incendie de Chicago, en octobre 1871. On vit à ce moment les hommes et les animaux de toute espèce, se précipiter pêle-mêle, affolés, et donner des signes identiques de désordre mental.

La même idée domine tout ce long récit, c'est l'assimilation de l'instinct de l'animal à la raison humaine. Dans un passage, le généreux auteur va même jusqu'à demander des refuges pour les animaux errants, des asiles pour ceux qui sont vieux et infirmes, des hôpitaux pour le traitement des accidents et des maladies, et des écoles pour l'éducation physique et morale des plus jeunes....

7 Sous ce titre :

« Une possibilité médico-légale, » le Dr Frédéric Needham s'occupe de la situation dangereuse faite dans certains cas aux personnes qui soignent des aliénés, par l'esprit public prévenu contre elles. Un aliéné meurt-il par accident, aussitôt l'opinion cherche un coupable. Cependant il peut se faire que l'organisation exceptionnelle du malade soit l'unique cause du malheur survenu. Les aliénés paralytiques, par exemple, ont les os plus fragiles que dans l'état normal. Qu'ils soient victimes d'un accident, le directeur de l'asile perd son crédit, et les gardiens passent pour des assassins et des brutes sauvages.

Ces réflexions sont dictées au Dr Needham par un fait dont il venait d'être témoin. Il se tenait à l'entrée du quartier des

épileptiques, un malade tombe le visage dans l'herbe ; il est relevé et reçoit des soins immédiats. La bouche et le nez étaient couverts de sang, mais il ne paraissait pas avoir d'autre blessure. Une demi-heure plus tard le médecin est appelé de nouveau ; l'hémorrhagie ne s'arrêtait pas, et l'on découvrit alors que le maxillaire inférieur était fracturé en deux endroits.

Que cet épileptique fût tombé dans un lieu écarté et qu'on l'eût trouvé mort, devant un tel concours de circonstances, la justice eût certainement prononcé un verdict de mort par violence, suite d'un coup mortel porté sur la face. Tel a été du moins l'avis de diverses personnes compétentes auxquelles le D^r Needham a soumis ce cas.

8° L'observation d'aphasie et d'agraphie ataxiques avec ataxie locomotrice, recueillie par les D^{rs} Batty Tuke et J. Fraser, est la suivante : C..., âgé de 46 ans, marié, autrefois conducteur de locomotives, depuis surveillant dans les houillères et aubergiste, est admis à l'asile de Fife et Kinross, le 30 septembre 1874.

Cet homme a été buveur toute sa vie. Il y a une vingtaine d'années, il eut une série d'attaques d'épilepsie, qui, d'abord fréquentes, finirent par disparaître au bout de douze mois. Depuis, il n'avait pas cessé de prendre de l'alcool, et faisait du whiskey sa principale boisson. C'est alors qu'il présenta des accès d'excitation alcoolique, avec actes de violence. Il eut aussi une attaque de *délirium tremens* sans agitation maniaque. — Dans l'hiver de 1870-71, il fut pris de douleurs qui affectèrent surtout les jambes ; il les attribua au rhumatisme, son séjour dans les houillères l'ayant exposé au froid humide. Jusqu'à la fin de janvier, il eut une santé assez bonne, et son système musculaire ne paraissait pas atteint. Il devint tout à coup morose et taciturne, fuyant le travail, puis il tomba dans l'apathie et la stupeur. Au bout de neuf jours de cet état, il se trouva tout à coup plus mal, étant dans son lit. Il n'avait pas perdu connaissance, mais, au lieu de parler, il mâchonnait entre ses dents. Le mouvement avait à peu près disparu dans le bras droit. La vue était altérée, et il portait la main au-delà des objets qu'il voulait saisir. C'était de la diplopie, car il expliquait par des signes à sa femme qu'il voyait double.

Après six semaines, il put se lever. La paralysie de la jambe droite avait diminué, mais un phénomène nouveau se manifestait. Sa démarche était ce qu'elle est aujourd'hui, chance-

lante et indécise. Le bras droit recouvra ses fonctions en quelques mois, mais la jambe droite resta affectée de claudication.

Etat du malade au moment de l'admission. — Cet homme est d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une forte complexion, à physionomie satisfaite. Il est chauve, quelques rares cheveux grisonnent sur les côtés de la tête, la pupille gauche est un peu plus large que la droite. Rien d'anormal à l'examen physique. Pouls à 88 p., plein ; le diagnostic « *ataxie locomotrice* » a été basé sur les caractères suivants : 1° puissance musculaire intacte dans la position horizontale ; 2° désordre dans les mouvements quand le malade est debout ; 3° démarche incertaine et chancelante, le malade ne peut suivre sans dévier une ligne tracée sur le sol ; 4° équilibre compromis, s'il tourne sur lui-même, rompu aussitôt, s'il a les yeux fermés ; 5° le malade présente aux extrémités inférieures les douleurs caractéristiques de l'affection qui nous occupe. Interrogé sur ce qu'il éprouve pendant la marche, la position assise, la miction, il fait comprendre, sans pouvoir l'expliquer, qu'il sent quelque chose d'anormal. La défécation paraît avoir lieu naturellement. La sensibilité des jambes, éprouvée par un courant interrompu, est trouvée fortement amoindrie. La jambe droite est plus affectée que la gauche. L'anesthésie augmente en descendant et est plus grande à la surface externe et antérieure qu'à la surface interne et postérieure. Elle est à peu près complète sur le dos et la plante des pieds. Il y a néanmoins des points isolés où la sensibilité est intacte et exquise. Ces localisations sont : en arrière des malléoles interne et externe gauches, en avant de la malléole externe droite et le centre de la plante des pieds, sur une étendue d'une couronne. La peau est sensible tout le long de la colonne vertébrale. Le bras gauche est plus sensible que le droit. Aux jambes la distance des pointes de l'esthésiomètre était de quatre pouces. La langue avait aussi une sensibilité obtuse, la distance des pointes de l'instrument étant de $\frac{3}{8}$ à un demi pouce. La sensibilité à la température était conservée partout. Lorsque le malade voulait introduire une plume dans un encrier, il portait la main à plusieurs pouces au delà. Lorsqu'on décrivait un demi cercle au-devant de ses yeux avec le doigt placé à la distance d'un pied, le malade perdait la vue du doigt lorsqu'il était à demi-distance du nez et de l'oreille, du côté droit. L'ophtalmoscope n'a rien révélé. Voilà pour les altérations de la vue.

ANNAL. MÉD.-PSYCH., 5^e série, t. XIII, Mars 1875. 9. 19

Dans la conversation, on voyait que l'articulation était imparfaite. La plus longue phrase qu'il pouvait prononcer était « sure as death. » Quand il s'efforçait de parler, il finissait toujours en marmottant, en s'aidant d'un geste descriptif. Ainsi, quand il voulait faire allusion à son ancienne profession de mécanicien, il imitait le bruit du départ d'une locomotive. L'effort d'articulation se manifestait par de faibles spasmes cloniques des muscles des joues pendant l'inspiration. Quand l'inspiration était à son *summum*, il laissait tomber subitement sa respiration, secouait sa tête avec impatience pour faire comprendre qu'il ne pouvait en venir à bout, en signe de contrariété, et lançait le mot « canna » (ne puis). Il avait un petit nombre de mots qu'il pouvait parfois articuler partiellement quand on l'y sollicitait ; ainsi, il disait la moitié du mot ; si alors on le poussait il l'articulait sur-le-champ, sinon il en restait au résultat partiel.

L'articulation des mots était quelquefois marquée par un curieux phénomène. A la fin de l'effort, souvent il prononçait un mot qui n'avait aucun rapport avec celui désiré. En voulant, par exemple, prononcer le mot book, il jetait brusquement le mot John (John était le nom de son fils) et il faisait comprendre vivement qu'il savait s'être trompé. Lorsqu'on le priait de répéter un mot qu'il venait de dire, il s'efforçait de le faire pendant une minute, puis déclarait son impuissance.

Quand il essayait d'écrire il signait assez correctement son nom (Couper), mais était incapable de trouver d'autres caractères à tracer. Si on le priait d'écrire un nom de son choix, il revenait invariablement au mot *Couper*. On lui demande, par exemple, d'écrire broth ; il réussit à tracer les premières lettres, mais il les fit suivre d'un u (l'u suit l'o dans Couper) ; on lui fit alors remarquer qu'il se trompait ; il recommença alors par un c, le commencement de son nom. On lui demanda s'il avait oublié l'écriture ou le mot ; on dut comprendre qu'il voulait indiquer que c'était l'écriture qu'il avait oubliée.

L'altération du sens de la vue rendait chez lui la lecture à peu près impossible.

Cet homme n'a pas donné dans la maison des signes d'aliénation mentale. Il aidait les infirmiers dans la limite du possible, et comprenait tout ce qu'on lui disait ; sa physionomie indiquait un degré très-considérable d'intelligence.

C'est tout au plus si l'on pourrait considérer comme un symptôme d'altération mentale un extrême contentement, approchant de cet intime bien-être qu'on observe chez les aliénés paralytiques. Malgré son désir de rester dans l'asile, on dut le renvoyer. Le seul traitement adopté a été l'application quotidienne d'un courant intermittent dont il paraît s'être bien trouvé.

Les commentaires des D^{rs} Batty Tuke et Fraser sur ce fait, portent d'abord sur la rareté des combinaisons de tant de formes ataxiques sur le même individu, leur cause apparente commune, leurs grandes similitudes les unes avec les autres et probablement leur point pathologique commun.

Contrairement aux cas connus d'ataxie locomotrice, ici le développement de l'affection fut des plus rapides : on pourrait même dire soudain ; tous ses signes définis se présentèrent dans un espace de six semaines. Il est même important de noter qu'ils étaient dès lors contemporains de l'hémiplégie et de l'ataxie, car la diplopie, accident concomitant fréquent de l'ataxie locomotrice, fut constatée immédiatement après l'attaque paralytique. Le fait que le malade était au lit depuis six semaines, empêcha l'observation des symptômes locomoteurs qui, cependant, furent évidents dès le premier essai de la marche, avec complication de parésie de la jambe droite.

Les auteurs sont donc amenés à penser que la lésion, cause de l'hémiplégie, était de nature sanguine limitée, n'étant pas accompagnée de coma ; que sa durée fut transitoire, et qu'elle fut incomplète comme la perte de pouvoir. Ces données font supposer que le caillot siégeait dans le corps strié gauche.

Suivant eux, l'aphasie était le résultat du défaut de coordination, ce qui est incontestable, dans l'ataxie locomotrice ; ils concluent de même en ce qui regarde l'agraphie, et ils se demandent, de plus, si la diplopie n'était pas le résultat d'une condition ataxique des muscles de l'œil.

Le caractère automatique de l'énonciation des quelques mots prononcés par le malade, est prouvé par le fait qu'il ne pouvait les répéter lorsqu'il en était prié. Même remarque pour l'écriture, puisqu'il en revenait toujours à employer les lettres de son nom.

Ayant ainsi expliqué que, d'après eux, les trois expressions musculaires : la marche, la parole, l'écriture étaient semblablement affectées, les auteurs se demandent si la pathologie

de chacune d'elles ne peut être la même. La condition morbide de l'ataxie locomotrice ne fait plus de doute ; celle de l'aphasie n'appartiendrait-elle pas à une dégénérescence analogue qui siègerait dans les racines des nerfs sensitifs liés à l'articulation des mots ? l'agraphie ataxique, à l'extension de l'affection spinale ? L'aphasie comme l'agraphie auraient donc été ici de nature ataxique.

Quoi qu'il en soit, la marche de la maladie et l'enchaînement des accidents font songer à quelque ramollissement cérébral : car l'intensité n'a pas été suffisante pour qu'on suppose une action cérébrale de nature inflammatoire. Ce ramollissement aura produit une hémorragie qui, très-probablement, avait son siège dans le corps strié gauche, d'où l'hémiplégie.

En résumé, l'aphasie, terme générique, ayant actuellement deux aspects, l'aphasie amnésique et l'aphasie ataxique, formes qui diffèrent sous tant de points ; d'un autre côté, remarquant que la perte de la mémoire des mots et l'absence de cette délicate coordination nécessaire pour l'articulation sont si considérablement différentes, physiologiquement, ne sommes-nous pas en droit d'espérer, disent MM. les D^{rs} Batty Tuke et Fraser, que l'investigation pathologique nous révélera des lésions différentes et pour la nature et pour le siège ?

L'article « Revue » contient un compte-rendu élogieux d'un travail sur la névralgie et les affections qui lui ressemblent, par le D^r Francis Anstie. Affecté lui-même, depuis longues années, d'une névralgie de la cinquième paire, l'auteur a donné à son travail le double intérêt de sa douloureuse expérience et de son érudition bien connue.

On mentionne, entre autres, quelques pages bien curieuses sur le changement de coloration des cheveux chez quelques personnes affectées de névralgies. Ainsi le D^r Anstie, dans chaque crise sérieuse qu'il a éprouvée, a vu un point de son sourcil, exactement à l'endroit d'où émerge le nerf sus-orbitaire, prendre une teinte blanchâtre et même parfois tout à fait blanche, point qui, dans les périodes de guérison, revenait à la nuance normale. Et, chose singulière, le même phénomène s'observe chez lui, comme il l'a constaté, sous l'influence accidentelle d'une forte dose d'alcool capable de produire des effets de narcotisme.

Parfois, chez quelques individus, les cheveux, vers l'endroit où siège la douleur, deviennent hypertrophiés et rudes ; d'autres fois leur quantité semble augmenter. Dans un cas de sciatique, le D^r Anstie a vu toute la face antérieure de la partie souffrante, depuis le genou presque jusqu'à la hanche, se recouvrir, dans l'espace d'environ six mois, d'une dense fourrure de cheveux. Cela lui a rappelé un fait analogue, par suite d'une lésion traumatique à la moelle épinière. En général, l'effet de la névralgie sur les cheveux, est de les rendre cassants et de les faire tomber en grandes quantités.

Autre effet curieux sur la nutrition de la peau : c'est une certaine rudesse de sa texture dans plusieurs cas de névralgie faciale datant de loin ; et, phénomène remarquable, une accumulation de pigment plus ou moins foncé au niveau de la partie affectée. Et c'est aussi un fait intéressant, ajoute le D^r Anstie, que le courant galvanique non interrompu parvienne assez souvent, en guérissant la douleur, à dissiper presque instantanément cette couche colorante.

C'est un chapitre à ajouter à l'étude de la canitie pathologique dont se sont occupés déjà quelques savants, entre autres, Moleschott en Allemagne et Charcot en France.

Le troisième chapitre du D^r Anstie, qui traite de l'étiologie et de la pathologie de la névralgie, est peut-être la partie la plus intéressante, etc., etc.

Dans son traité des *maladies du système nerveux*, le professeur Hammond, de New-York, est d'avis que le milieu le plus convenable pour le traitement de la folie est la famille d'un médecin, et il condamne d'une manière absolue le traitement dans les asiles publics qu'il considère simplement comme des prisons destinées à protéger la société contre les malades dangereux. On est d'abord tenté d'attribuer un pareil jugement à la mauvaise opinion qu'aurait l'auteur des asiles de son pays ; mais on est bientôt dé trompé, en constatant la préférence toute patriotique du professeur Hammond pour les asiles d'Amérique, bien supérieurs, suivant lui, aux maisons qu'il a visitées en Europe. Malheureusement pour lui, son optimisme est battu en brèche par un livre, paru en même temps que le sien, qui, sous ce titre lamentable : *Derrière les barreaux*, fait un tableau navrant des souffrances des aliénés en Amérique. Écrit par une femme, ex-pensionnaire des maisons d'aliénés, cette œuvre, que nous n'avons pas à apprécier ici, n'en n'est pas moins, aux yeux du public, une protestation éloquente contre le système

coercitif mis en usage là bas, et qui trouverait de nombreux partisans, il faut bien le dire, parmi les médecins eux-mêmes. Il est l'objet d'un long commentaire de la part de notre confrère anglais, et ne pouvait manquer en effet de trouver un puissant écho dans un pays où le *non-restraint* est pratiqué avec une grande conviction et une non moins grande hardiesse.

Le Dr Batty Tuke n'admet pas les demi-mesures, et dans son rapport sur l'asile de Fife et Kinross il nous apprend qu'il a complètement cessé d'enfermer ses malades. Il arrive à peine une évacuation en quatre mois et cet inconvénient est largement compensé par le bien qu'en retirent les aliénés dont le moral n'est plus fâcheusement impressionné, comme ailleurs, par la vue de barrières massives et par le grincement des clefs. Une réclusion rigoureuse n'est pas utile pour la majorité des malades d'un asile. Gardés *sur parole*, 95 sur 100 demeurent volontiers; convient-il que pour les cinq qui restent tous les autres souffrent? Le Dr Tuke ne le pense pas, et il préfère ouvrir ses portes en exerçant sur ceux qui veulent s'évader une active surveillance.

Les médecins de l'asile de West-Riding ont publié un important rapport sur cet établissement, et le résumé qu'on en fait ici est un chaleureux éloge de nos confrères spécialistes, en même temps qu'une éclatante justification devant une certaine presse qui les considère comme s'occupant exclusivement d'agriculture. Les aliénistes anglais font honneur à la science moderne, et l'on est heureux de lire dans les derniers travaux des titrés comme ceux-ci: De l'action physiologique du protoxyde d'azote (Dr Sammel Mitchell); de l'emploi du sphygmographe dans les asiles d'aliénés (Dr Georges Thompson); de l'ophtalmoscope dans les maladies mentales et cérébrales (M. Charles Aldridge).

JOURNAUX ITALIENS

Gazetta medica Italiana. Lombardia (1872).

1^o *Etiologie de la Pellagre*; Recherches du professeur Filippo Lussana.

« Voilà un pauvre champignon microscopique qui est accusé d'avoir tué et de tuer encore plus d'hommes que n'en ont jamais massacré les fusils à aiguille, les chassepots et les mitrailleuses. »

Cette ironique boutade commence un long travail où ne manquent ni la verve ni l'humour, et qu'on pourrait appeler « la réhabilitation du sporisorium maydis. » Les savants français n'y sont pas traités avec une absolue bienveillance, mais ils auraient mauvaise grâce à se plaindre; les compatriotes du professeur Lussana ne sont pas non plus ménagés par lui. Quoi qu'il en soit, les nombreuses expériences rapportées dans ce travail sont fort intéressantes, et comme l'auteur n'a pas hésité à les répéter sur lui-même, il mérite du moins qu'on lui sache bon gré de son zèle scientifique. L'uredo maydis, la serratia maydis, le Penicillum glaucum, sont mis hors de cause, et la pellagre ne saurait être pour le professeur Lussana un morbus cerealis; il a mangé en une seule fois plus de farine altérée, et recueillie tout exprès pour lui et pour son chien, que ne le pourrait faire en un mois toute une famille de paysans, se nourrissant de maïs de mauvaise qualité. Il est vrai que la polenta ainsi préparée lui a paru d'un goût détestable, lui a donné des nausées, mais il n'est pas devenu pellagreu; est-ce un argument bien décisif pour rejeter l'opinion de Balandini, celle de Roussel et de beaucoup d'autres? N'est-il pas possible de répondre à cet autre argument que les pellagreu sont plutôt les paysans que les propriétaires, d'une autre manière que l'auteur? il se contente de nier l'action vénéneuse du verdèt, tout en avouant que si l'on a observé des guérisons de la pellagre, c'est par suite du changement de régime. Il nous semble qu'il prépare ainsi lui-même l'objection la meilleure à faire à son système, et dire que la pellagre disparaît quand on mange moins de maïs, n'est-ce pas reconnaître que le maïs altéré doit compter pour beaucoup, nous ne dirons pas pour tout, dans la production de la maladie? Il y a là évidemment une question fort complexe, et pour la résoudre, il faut étudier toutes les données du problème. M. Lussana nous paraît vouloir en éliminer quelques-unes d'une manière trop absolue, et réduire toute la maladie à n'être plus que « il male della miseria. » On voit bien que c'est là son idée, car il insiste sur des cas depellagre sans alimentation par le maïs; il relève tout ce qu'on a écrit, en Italie, en France, sous un jour favorable à sa cause, et se rit volontiers de ce que Roussel a appelé la pseudo-pellagre. Landouzy n'a jamais eu d'aussi e aud partisan, et Costallat d'aussi vaillant contradicteur. Les citations abondent dans ce travail, et quelques-unes sont très-habilement présentées, entre autres, celle qui est

empruntée à Cerri (1819, *Annali univ. di medicina*) : « Je dis que l'alimentation par le maïs n'est pas la cause principale de la pellagre ; la maladie peut se développer sans l'absorption de cet aliment... Il est utile, tant pour prévenir que pour combattre le mal, d'user d'aliments nourrissants en quantité suffisante, de s'abstenir de travailler au soleil et au grand air ; c'est un fait bien connu de tous les bons praticiens. Il est hors de doute que les familles aisées sont d'ordinaire épargnées par la maladie. Les femmes qui allaitent sont plus sujettes à la contracter ; elles en souffrent davantage, parce qu'elles perdent une partie de leur propre substance qu'elles fournissent à leur nourrisson. En général les pellagres soumis à une alimentation réparatrice se trouvent beaucoup mieux. » Nous avons reproduit cette citation parce qu'elle est, en quelques lignes, tout l'exposé de la doctrine du professeur Lussana, qui nous gourmande énergiquement, nous autres Français, de ne l'avoir pas encore acceptée sans conteste. Mais là où nous réclamons non moins énergiquement, c'est quand l'auteur nous croit assez irrévérencieux pour nier la compétence et la sûreté du diagnostic des Strambio, Morelli, Rizzi, Chiaruggi, Cipriani. Nous n'avons pas, que je sache, été jamais coupables d'une aussi grosse impiété.

Le travail du professeur Lussana n'est pas de ceux que l'on feuillette d'une main dédaigneuse et légère ; si parfois ses critiques sont un peu vives, on peut encore les excuser, et qu'il nous permette de le lui dire, elles ont trouvé en Italie même des réponses qui nous dispensent de les relever avec une vivacité égale à la sienne.

En effet, le Dr Balardini n'a pas cru devoir garder le silence, et dans une communication serrée, concise, et très-nette, il a, selon nous, rétabli la question sous son véritable aspect. Plein d'expérience, après une longue carrière fournie tout entière dans un pays de pellagres, le Dr Balardini raconte simplement ce qu'il a vu, les expériences qu'il a faites. Et ce qu'il a vu, le voici en peu de mots : chez les grands propriétaires, deux tas, l'un de grain très-beau, très-sain ; l'autre de grain de mauvais aspect, taché, mis de côté ; quand il demande ce qu'on fait de ce grain de mauvaise qualité, on lui répond qu'on le donne à consommer aux ouvriers quand ils ont épuisé leur maigre provision ; l'autre, on le livre au commerce. Il note encore que le maïs s'altère facilement par l'humidité, que des champignons se développent très-vite dans ces conditions, que

le penicillum maydis est le plus commun, sans exclure l'aspergillum; que la pellagrè est plus commune, plus grave dans les années humides, où le grain n'arrive pas à maturité complète. Le D^r Balardini fit aussi des expériences en compagnie du pharmacien de l'hôpital, du D^r Grandoni, de son fils; ils préparèrent et mangèrent ensemble une polenta de maïs altéré, et ils éprouvèrent une sensation de brûlure à la gorge, des nausées, un grand malaise qui dura tout un jour; il continua ses expériences sur des animaux; il les vit maigrir, perdre leurs forces, se relever par une alimentation avec du maïs de bonne qualité, maigrir de nouveau quand il leur donnait du maïs altéré; et il en conclut, ce que tout expérimentateur non prévenu peut en conclure, que le maïs altéré est un mauvais aliment, d'abord; qu'il détermine une série de troubles qui ne se rapportent pas seulement à l'alimentation insuffisante, mais à un véritable empoisonnement. Lombroso arriva au même résultat, en donnant à dose progressive une teinture préparée avec du grain couvert de champignons; il observa des phénomènes gastriques et nerveux, avec prostration des forces, somnolence, pyrosis, diarrhée, nausées, brûlure à l'arrière-gorge, céphalée, voracité, douleur à la région lombaire, confusion dans les idées, vertige, prurit à la peau, et il n'hésite pas à les comparer et à les trouver analogues aux autres symptômes observés chez les pellagres.

Le D^r Balardini est convaincu que la vérité est là tout entière; la pellagre, la vraie pellagre ne se développe que par l'usage longtemps prolongé du maïs altéré et envahi par des végétations fongueuses; il l'affirme, avec l'autorité de sa longue pratique, et il ne nous déplaît point de trouver en Italie même un aussi sérieux défenseur d'idées généralement acceptées en France, et dont notre savant confrère, le D^r Roussel, s'est fait le vulgarisateur.

2° *Observation intéressante d'un cas de méningite cérébro-spinale sporadique foudroyante (n° 30).*

3° *La doctrine et la classification des maladies nerveuses,*
par le D^r Marchioli.

Rapide exposé d'opinions personnelles trop peu développées pour qu'on en puisse avec fruit discuter la valeur. L'auteur ramène tous les troubles nerveux à deux classes: A. Troubles de nutrition; B. Troubles fonctionnels de l'axe cérébro-spinal et du système ganglionnaire. A la première classe appartiennent

les inflammations, les dégénérescences, les hypertrophies, les atrophies, les hyperplasies, les étéropasies, comprises sous le nom de Névropathies. A la seconde classe se rattachent les anesthésies, les névralgies, les paralysies, les convulsions, les ataxies, comprises sous le nom général de Névroses. Nous avons traduit textuellement, sans vouloir risquer une interprétation.

4° *Sur la pathogénie de la parésie cérébrale, et sur son traitement par le phosphore.* Observations du Dr Girolamo Tempini (n° 40).

Sous le nom de parésie cérébrale, l'auteur comprend toutes les altérations qui font que « le cerveau est impuissant à fonctionner. » Telles sont toutes les maladies connues du cerveau, toute affection qui primitivement ou consécutivement s'accompagne de fièvre, l'anémie générale par perte directe ou indirecte de sang, les fatigues physiques excessives, les abus vénériens, une vive douleur physique ou morale, qui suspendent plus ou moins complètement les occupations intellectuelles. Ce ne sont pas là cependant les parésies qu'il se propose d'étudier, ni de considérer comme une entité pathologique distincte. Il n'a en vue que cette forme morbide produite par de trop grandes et de trop prolongées fatigues de l'esprit, et caractérisées par une impuissance relative ou absolue et plus ou moins durable du cerveau à fonctionner, en dehors de tout autre symptôme d'une affection cérébrale connue. Il en distingue deux formes, l'une légère et passagère, l'autre grave et durable.

La forme légère est très-commune ; personne qui n'en ait été atteint dans sa vie, depuis le savant qui pâlit à la lueur de sa lampe, jusqu'au paysan crédule qui tend l'oreille aux décevantes promesses de jongleurs effrontés. La forme grave se manifeste surtout chez l'homme, dans la jeunesse, dans les familles prédisposées aux psychopathies, chez des individus à développement intellectuel restreint et qui abusent de l'étude. Les collèges sont la source principale des parésies cérébrales graves et durables. Dans cette étiologie un peu vague, nous ne pouvons relever comme cause certaine des troubles cérébraux que veut décrire l'auteur, que la masturbation. Les excès de travaux intellectuels ont de tout temps été reconnus comme cause de certains troubles qui se rattachent d'une manière assez étroite aux aliénations mentales pour que nous ne voyions pas la nécessité de les en séparer aujourd'hui. Ce que nous appelons les démences aiguës, faute d'un meilleur mot, a été assez bien

étudié chez nous pour que nous puissions dire qu'il n'y a rien de tout à fait nouveau dans le travail du Dr Tempini; sa profession de foi nous paraît d'ailleurs parfaitement orthodoxe, et nous sommes bien volontiers de son avis: « Sans être matérialiste, je fais dépendre la parésie cérébrale d'une excessive dépense de la vie cérébrale, et j'admets comme nécessaire, qu'on la puisse ou non constater, l'existence dans toute psychopathie d'une altération matérielle, et je crois logique et nécessaire de s'efforcer de combattre ce désordre matériel. »

Dans la seconde partie de son travail, le Dr Tempini pose les indications: excitants habilement ménagés, douches froides sur la tête, reconstituants, et en première ligne le phosphore sous forme pilulaire (chaque pilule contient un milligramme de phosphore, de une à cinq par jour, sans dépasser cette dose). L'alimentation joue aussi un rôle important, et doit être surtout composée des substances qui contiennent la plus grande quantité de cet agent. La viande, les œufs et les légumes doivent en former la base. Nous regrettons que l'auteur se soit abstenu de donner en détail quelques-unes des observations qui pouvaient justifier sa confiance dans la médication phosphorée.

5° *Quelques observations cliniques et anatomiques de maladies cérébrales* (Francesco Orsi), n° 39 et suivants.

Excellent travail, où sont discutées les ressources que la physiologie peut apporter à la médecine, et celles que la clinique peut apporter à la physiologie. Observations très-détaillées et utiles à consulter.

6° *Etiologie de la Pellagre* (n° 44).

La lutte entre le Dr Lussana et ses confrères italiens s'envenime. La discussion reprise par Lombroso, sur l'étiologie de la pellagre, prend toutes les proportions d'un véritable combat, pied à pied. Est-ce de notre part une sympathie trop vive qui nous aveugle pour le professeur Lombroso? Nous ne voulons pas le rechercher; nous avons trop de plaisir à être de son avis. Si peu scientifique que puisse paraître notre argument, nous avouons que connaissant la bonne foi, l'érudition, la sévérité dans les observations de notre savant confrère, nous lui donnons absolument raison. Rien de piquant comme d'assister à cette polémique, disposée sur trois colonnes en regard les unes des autres. Les coups sont de part et d'autre habilement

portés, mais le D^r Lussana se fâche souvent ; nous en concluons qu'il a tort. Le secours imprévu que lui apporte le D^r Ant. M. Gemma ne nous paraît pas mettre l'avantage de son côté. Le défaut de réparation histologique, par l'alimentation, chez les pellagres qui se servaient de maïs extrêmement peu azoté, mais ne présentant aucune trace de végétations cryptogamiques, nous paraît un peu subtil, et nous nous appliquerons ce que dit le D^r Gemma en terminant : « Je ne prétends pas ébranler la foi que beaucoup de médecins peuvent avoir dans l'action d'un poison spécial. » Nous sommes de ce nombre, et nous ne sommes pas encore décidé à embrasser une religion nouvelle.

A. MOTET.

Archivio italiano 1873.

Analyse par M. BRIERRE DE BOISMONT.

SOMMAIRE. — *Mémoires originaux.* — *De la paralysie générale ; réminiscences et considérations.* — *Sur la nécessité de créer des établissements de fous criminels dans le royaume d'Italie.* — *Nouvelles cellules pour les fous furieux.* — *Folie transitoire, symptômes maniaques et émotivité exagérée, soupçon de simulation.* — *De l'influence de la variole dans les maladies mentales.* — *La variole influe-t-elle plus sur le trouble ou le rétablissement de la raison ?* — *Des désharmonies et des excentricités congénitales de l'esprit.* — *Seconde expertise médico-légale de l'accusé Agnoletti.*

D^r Verga. — *De la paralysie générale, réminiscences et considérations.*

La paralysie générale a été l'objet d'une étude attentive de la part du docteur Verga. Il a critiqué sa dénomination, ainsi que plusieurs de ses définitions. Selon lui, la paralysie générale est une maladie spéciale qui se complique et ne se complique pas de folie. Dans le premier cas, les désordres de la motilité précèdent ordinairement ceux de l'intelligence. Ce trouble de la motilité consiste plutôt dans un défaut de coordination des mouvements que dans une diminution réelle de la force musculaire (Bouillaud, Wunderlich, Skae, Winslow); aussi considère-t-il cette maladie, non comme une véritable paralysie, mais comme une ataxie motrice. Ce qui caractérise le délire est une folie incohérente, indiquant l'affaiblissement de l'intelligence, la démence. Un médecin, paralysé général, qui venait de dire au docteur Verga qu'il avait la sagesse de

Salomon, la force de Samson et qu'il existait de toute éternité, interrogé par lui sur son âge, répondait qu'il avait 54 ans.

La grande majorité des aliénistes admettent au début plutôt la démence que la folie.

Les symptômes physiques les plus caractéristiques sont ceux de la sensibilité et de la motilité. Verga a trouvé l'inégalité des pupilles dans beaucoup de névroses et de folies, mais plus fréquemment chez les déments paralytiques, les apoplectiques et les épileptiques. L'inégalité de la pupille s'associe souvent à d'autres lésions de la sensibilité et de la motilité (anesthésie, strabisme divergent, prolapsus de la paupière supérieure, relâchement du muscle orbiculaire et du muscle frontal correspondant).

Chez quelques paralytiques, il y a des accès de véritable aphasie. Dans la description fort bien faite des mouvements et des bruits anormaux de la langue, des lèvres, de la bouche que présente cette affection, le claquement des dents produit une impression singulière. Nous assistions avec M. Haussmann au convoi d'un célèbre aliéniste français, le Dr Ferrus. Près de lui se trouvait un médecin bien connu, atteint de paralysie générale, chez lequel ce symptôme était tellement prononcé que le préfet fut obligé de s'éloigner.

Il arrive que par suite de ces mouvements irréguliers des muscles, pendant que les malades mangent ou boivent, ils sont pris de toux, de suffocation, et que plusieurs meurent asphyxiés.

Il est des paralytiques qui se pelotonnent d'une telle manière qu'on ne peut leur faire la barbe ; les genoux se rapprochent de la bouche, les talons de la partie postérieure du corps, tant est opiniâtre et progressive la contraction de tous les muscles fléchisseurs.

Pendant longtemps, on a cru que la paralysie générale était très-rare dans les pays méridionaux. Verga a montré qu'elle y était plus commune qu'on ne le pensait. Il en a recueilli la première observation connue en Lombardie; il parle d'un assez bon nombre de médecins qui ont été atteints de cette terrible maladie.

On a fixé l'âge moyen de la paralysie générale entre 35 et 45 ans. Il n'est pas rare cependant de voir cette maladie se manifester dans la jeunesse, à vingt et quelques années, ou bien à une époque avancée de la vie. Verga a rapporté l'observation d'un médecin qui en mourut à 70 ans.

Dans les premiers ouvrages écrits sur cette maladie, on a évalué sa durée à deux ou trois ans ; elle peut se prolonger quelquefois plus longtemps. Nous avons en ce moment parmi nos pensionnaires trois malades qui sont arrivés à leur sixième année. L'un d'eux a eu à trois ans de distance des accès épileptiformes très-graves. Un autre de ces malades, soigné par Leuret, est resté dix ans avec nous dans le même état ; il ne parlait pas, marchait en titubant et paraissait immobilisé dans ses symptômes.

Verga a examiné avec soin l'anatomie pathologique de la paralysie générale. Un peu sceptique de sa nature, comme du reste sont les médecins qui ont beaucoup vu, et avec fruit, il commence par déclarer que l'anatomie macroscopique de cette affection a fait son temps, et que c'est aujourd'hui le règne du microscope. Il résume sur ce sujet les travaux de Calmeil, Salomon, Rocitansky, Wendt, Tigges, Foville, et fait observer qu'ils présentent des différences entre eux, outre qu'il y a des cas dans lesquels le microscope ne découvre rien. Ces médecins paraissent cependant s'accorder sur un point, la présence de corpuscules ou de granules transsudés, provenant des vaisseaux et restés adhérents à leurs parois externes.

Une différence encore plus grande est dans l'interprétation des découvertes microscopiques. Naturellement, suivant les Allemands, la période active et inflammatoire de la paralysie générale, que les Français mettent la première, est réellement la seconde, tandis que celle de la dégénérescence des vaisseaux de la pie-mère et de la couche corticale du cerveau, qui en est la conséquence et qu'ils placent au second rang, occupe le premier chez les Allemands. Laquelle de ces deux interprétations est la meilleure ? Il est probable que selon les cas on doit préférer tantôt la première, tantôt la seconde.

D^r Cappelli. — Lettre adressée à Serafino Biffi, sur la nécessité de créer des manicommes criminels dans le royaume d'Italie.

Lorsque nous publiâmes notre travail sur les fous criminels, Bedlam, que nous visitâmes en 1846, renfermait 97 individus : 77 hommes et 20 femmes.

La classification de ces fous dangereux avait été faite dans l'ordre suivant :

	Hommes.	Femmes.	
1° Contre l'Etat.	2		2
2° Contre les personnes. .	52	44	63
3° Contre les propriétés. .	23	9	32
	77	20	97

La durée du séjour de 49 de ces malades variait de 10 à 29 ans (1).

Cette question n'avait pas été relevée, lorsque M. Biffi en a fait récemment (1873) l'objet d'un bon travail. Le docteur Cappelli, ayant eu l'occasion d'étudier plusieurs de ces aliénés, a pensé qu'il devait communiquer ses observations. Elles sont au nombre de sept; nous en citerons quelques-unes :

Obs. 1. *Attentat à la pudeur, stupidité; soupçon de simulation.*
 Une femme d'environ quarante ans, veuve, pauvre, mère de deux filles, fut conduite dans les prisons judiciaires de Pise pour actes impudiques concernant ses enfants. Ayant été atteinte dans ce séjour d'aliénation mentale, il fallut la transporter à l'établissement de la Fregionaja. On crut d'abord qu'elle simulait la folie, et cela paraissait d'autant plus probable qu'elle présentait les symptômes de la stupidité, forme facile à imiter. L'absence de spontanéité dans les mouvements et la résistance des muscles à obéir aux efforts de la volonté, l'immobilité de celle-ci à céder aux invitations les plus pressantes, le manque de parole, et dans le cas où elle existait, la prononciation très-difficile d'une monosyllabe, l'affaiblissement de la sensibilité, le constant accord des divers symptômes avec la forme typique de cette maladie, me persuadèrent que la pauvre femme était réellement aliénée. Elle guérit au bout de huit mois. Pendant sa convalescence, elle fut calme et se livra assidument au travail; mais on remarqua qu'elle n'avait aucune retenue et excitait ses compagnes à des actes d'impudicité. Lui ayant fait des reproches à cet égard, elle parut fort étonnée de ma manière de voir, puis elle se montra facilement persuadée de la vérité de mes observations, avec une telle indifférence cependant, que je restai convaincu que mes paroles

(1) Nous renvoyons pour les détails aux *Annales d'hygiène et de médecine légale*, t. 37, p. 285 à 307, *Division des fous criminels*, insérée dans le mémoire : *Remarques sur quelques établissements de la Belgique, de la Hollande et de l'Angleterre*. En 1869, je suis revenu sur ce sujet dans le mémoire : *Des fous criminels de l'Angleterre*.

n'avaient pas trouvé d'écho dans son cœur. C'était un de ces êtres sans morale, flottant entre le mal et le désordre intellectuel, qu'on ne pouvait laisser sans danger avec les femmes honnêtes; aussi éprouvai-je une véritable satisfaction de la voir retourner en prison.

Obs. II. *Condamnation pour vol ; stupidité.* Un jeune homme de vingt-trois ans, domicilié à Pescia, se montra dès sa première jeunesse très-porté au désordre, paresseux, n'obéissant pas à ses parents. L'opinion de sa famille était qu'il tournerait mal. Placé chez un chapelier, il n'y fut pas plus assidu qu'à l'école. Son maigre salaire quotidien ne lui suffisant pas pour satisfaire ses goûts, il fit de petits vols pour lesquels on l'emprisonna plusieurs fois; puis on se détermina à l'envoyer au manicomme. Quelque temps après il vola son maître pendant la nuit, et fut conduit au manicomme. Là, il ne voulut pas se soumettre au travail, se livra à l'onanisme, se révolta contre tout frein et donna des signes de folie. On crut d'abord qu'il simulait, tant la forme de son aliénation était étrange; il fut ensuite pris d'une stupidité si prononcée et si intense, que peu s'en fallut qu'il ne pérît de besoin. Après un long espace de temps, il revint à son état naturel. Il parlait en apparence d'une manière sensée, mais s'il sortait de son cercle habituel d'idées, il ne tardait pas à se montrer déraisonnable; il était privé de tout sentiment généreux. Il s'amouracha d'une jeune fille qui venait à nos soirées dansantes; il retombait dans son apathie, lorsqu'elle n'était plus là. Ses vols, qui continuaient, occasionnaient souvent des rixes. Il ourdissait des complots, fabriquait des fausses clés pour voler ou s'évader. Une nuit il causa une grande perturbation dans le manicomme, en s'introduisant dans la division des femmes. Il se serait adressé aux jeunes garçons, sans l'étroite surveillance dont il était l'objet. Au bout de onze mois, comme il paraissait amélioré, je le remis à son frère qui était venu le visiter; mais il ne tarda pas à se livrer au vagabondage; il fallut le ramener promptement au manicomme.

Obs. III. *Condamnation pour vol. Folie à double forme.* Tous les délinquants ne sont pas vicieux et incorrigibles. Quand le fond est bon, il y a toujours espérance de rappeler le coupable au bien. Ce qui arrive chez les gens sains d'esprit, s'observe aussi chez les hôtes des manicommes, tant il est vrai que la raison cotoie souvent la folie.

Un habitant de Salerne, âgé de 30 ans, avait été séparé

dans sa jeunesse de ses parents, sa mère étant morte et son père ayant été condamné pour homicide. Affilié à la camorra, il fut exilé par le gouvernement dans l'île d'Elbe, où il ne tarda pas à se rendre coupable d'un vol. Au pénitencier, il donna des signes de folie et fut dirigé vers le manicomé. On constata que la maladie présentait deux périodes : dans l'une il était agité, déchirait ses vêtements, mais se montrait particulièrement voleur ; il enlevait le tabac, l'argent de ses compagnons avec une extrême adresse et les cachait partout. Au bout de quinze ou vingt jours, il devenait apathique, restait volontiers au lit, sentait de mauvaises odeurs, parlait peu et ne volait plus.

Dans son état d'exaltation, comme dans celui de dépression, il ne déraisonnait pas ; mais dans le premier de ces états, indépendamment de ses passions et de ses instincts pervers, le sens moral était considérablement altéré ; il parlait avec un cynisme effrayant de son père homicide, de ses alternatives de vol et de prison, de sa qualité de camorriste, au grand scandale de ceux qui l'écoutaient. Peu à peu, ces accès s'affaiblirent, et il revint à la santé. On avait déjà remarqué dans sa maladie qu'il avait un sourire de bonté. Il se montra alors un tout autre homme, bienveillant, réservé, très-serviable et très-fidèle. En peu de temps, il gagna l'estime et l'affection de tous. Il s'employait dans les divers services comme un simple infirmier ; il soignait les malades avec dévouement. Convaincu de sa guérison, M. Cappelli le renvoya au Pénitencier ; mais on ne put avoir la preuve de la persistance de cet heureux changement, car il mourut quelque temps après d'une affection très-grave.

Il y a dans cette observation un fait que j'ai constaté plusieurs fois, c'est la transformation qu'opère la maladie sur le caractère des individus. Ainsi voilà un homme qui commet des vols, tient les discours les plus blamables, et manifeste les tendances les plus immorales. La folie vient le frapper. Il en guérit et à la place du coupable puni par la loi, on trouve un homme qui attire toutes les sympathies. Nous avons donné des soins à la femme d'un acteur qui, par son caractère, faisait le désespoir de son intérieur. Après sa guérison elle était devenue un modèle de bonté, toujours prête à rendre service. Nous en avons traité une autre que chacun chérissait chez elle ; sa folie l'avait rendue fautive, menteuse, méchante, et sa famille qui l'adorait et l'avait conservée dans cet état plusieurs années

a été forcée de la mettre en maison de santé. N'y a-t-il pas là, au point de vue de la médecine légale sur la genèse des actes répréhensibles, d'importantes réflexions à présenter?

Le docteur Cappelli, persuadé qu'un aliéné est un malade et que dès lors il ne saurait être traité comme un criminel ordinaire, insiste pour qu'il soit placé dans un établissement spécial, ainsi que nous n'avons cessé de le réclamer depuis vingt-huit ans et comme l'a fait récemment le docteur Biffi. Mais les aliénés délinquants ne sont pas les seuls qui appellent l'attention. Il signale, avec beaucoup de raison, des imbéciles, des épileptiques, des aliénés à forme douteuse raisonnant bien en apparence, qui vont grossir la population des prisons, fait déjà bien constaté par l'illustre Mittermaier, le savant Solbrig, Maudsley, le docteur Despine, dont la place devait être également dans ces établissements. A cette occasion, il cite une observation relative à un paysan de son pays. Ses frères, voyant qu'ils ne pourraient parvenir à partager le bien que leur avait laissé leur père, à cause des motifs déraisonnables qu'il alléguait, demandèrent son interdiction, d'autant plus qu'il était connu de tous comme très-étrange. Sachant que le Dr Cappelli était chargé de l'examiner, il vint le trouver, et dans deux longs entretiens, il défendit avec une grande clarté l'intégrité de son esprit, exposa que ses frères voulaient s'emparer de son avoir pour le laisser à leurs fils; il fit si bien valoir ses arguments que le médecin conclut en sa faveur. Plus tard, M. Cappelli apprit de l'arpenteur désigné qu'à peine entamait-on le sujet du partage que ce n'était plus le même homme. Ses raisonnements devenaient tellement confus qu'on n'en pouvait rien tirer. Par quelques révélations de la femme, M. Cappelli sut que chez lui c'était un vrai fou. Il parlait seul, croyait que les sorciers lui mettaient un fusil sous son oreiller, lui enlevaient le sommeil pendant toute la nuit, et en plaçant un autre fusil au milieu du lit, ils le rendaient impuissant durant des semaines; c'était, en résumé, un fou avec délire de persécution et hallucinations sensorielles.

Condamner un fou parce qu'il raisonne et qu'on ne distingue pas la folie, est déjà déplorable; mais ce n'est pas tout: l'aliéné détenu, on ne cesse d'aggraver sa peine; son esprit malade ne lui permettant pas d'obéir aux règlements inflexibles de la prison, il voit sans cesse s'accroître les punitions, parce qu'il est dans l'impossibilité de céder.

M. Cappelli passe en revue un bon nombre de cas où les

individus ayant commis des délits sont enfermés dans les prisons, parce qu'ils raisonnent comme les autres hommes ; avec le temps cependant on remarque qu'ils ont des moments de folie, leurs caractères sont ingouvernables, et ils apportent le trouble et le désordre parmi leurs compagnons. Lorsque le dérangement de la raison est prouvé, la justice demande qu'ils ne soient pas confondus avec les vrais criminels. D'un autre côté, leur raison conservée sur beaucoup de points exige que la société soit protégée, et que les aliénés non coupables ne voient pas leur repos troublé. La création de manicomés pour cette catégorie de malades est une chose indispensable. Le docteur Cappelli voudrait qu'on adoptât un moyen terme et qu'on fit passer dans les manicomés ordinaire les aliénés délinquants les plus tranquilles et non nuisibles ; ceux, par exemple, tombés dans la démence.

Dr C. Bonfigli. — *Nouvelles cellules du manicomé de Reggio pour les fous furieux.*

Il y a dans toutes les réformes une mesure que l'on ne peut dépasser, c'est ce que ne sauraient admettre leurs auteurs, qui ne prendront jamais pour maxime : l'excès en tout est un défaut. Le non-restraint a été incontestablement une grande amélioration ; mais nous tenons d'un chef d'asile, que le célèbre réformateur anglais ne pouvant venir à bout par ses moyens d'une aliénée française, voulant obstinément se tuer, préféra la renvoyer. Ce sont les aliénés dangereux qui ont engagé plusieurs chefs d'asiles à imaginer des cellules capables de protéger les autres malades et de les défendre eux-mêmes contre leurs propres fureurs. Le modèle décrit et figuré par le Dr Bonfigli nous paraît remplir ce but, tout en satisfaisant aux conditions d'humanité que réclament ces malheureux. Le mémoire étendu qu'a publié l'auteur sur ce sujet, et le plan qu'il y a joint en donnent une bonne idée. Le docteur Hertz a fourni le premier modèle de ces cellules, modifié par le regrettable Zani. Les nombreux détails dans lesquels est entré le Dr Bonfigli sur ces perfectionnements nous entraînerait trop loin ; il nous suffit de dire que son travail nous paraît mériter un examen *de visu*, et nous ajouterons que pour que des médecins aussi expérimentés que ceux que nous venons de citer soient convaincus qu'il faille construire des cellules pour les fous dangereux, c'est que les aliénés diffèrent suivant le caractère des peuples.

D^r Tebaldi. — *Folie transitoire, symptômes maniaques et émotivité exagérée, soupçon de simulation.*

Le 4 décembre 1873, les experts soussignés étaient appelés à visiter D. S. . . , accusé d'homicide volontaire. Dans une rixe il avait frappé mortellement un assaillant qui, avec d'autres individus, voulait le forcer à venir sur la voie publique, pour se venger de légères offenses qu'il prétendait en avoir reçu. Les plaintes et le désespoir de cet individu avaient si fort ému l'auditoire que le président suspendit la séance.

Le soir, D. S. . . . était dans un état de stupeur prononcée et ne répondait pas aux questions qu'on lui adressait ; il passa toute la nuit à crier, à se tourmenter pour savoir ce qu'on ferait de lui. Les experts l'ayant déclaré atteint d'une stupeur aiguë avec exaltation transitoire, l'audience fut remise et l'inculpé soumis à l'observation.

Le quatrième jour, le gardien en chef fit un rapport dans lequel il annonça qu'il avait trouvé l'accusé nu, étendu sur son lit, pleurant, se frappant la poitrine avec ses poings, et barbouillé de matières stercorales. Il se montrait dans la nuit épouvanté, comme s'il avait des visions menaçantes, et criait : *Allez-vous-en, allez-vous-en, vous m'étranglez.* Le matin il était abattu et avait les yeux larmoyants.

Voyant qu'il dépérissait de plus en plus, on obtint de le transporter à l'hôpital. Lors de son admission, il avait de la difficulté à respirer et un hoquet fréquent. Interrogé pourquoi il se préoccupait de son avenir, il répondit qu'il avait tué un homme et demanda à être tué. Il présentait des alternatives d'apathie, de silence, de stupeur, d'exaltation et de dépression. A ces symptômes se joignit la diarrhée, qui accrut l'abattement.

Ces détails étaient nécessaires pour prouver que D. S. . . avait été véritablement malade ; aussi les experts firent-ils un rapport au président, dans lequel ils assuraient qu'il n'y avait pas chez l'accusé de simulation de folie, mais qu'il existait un état maladif que les observations ultérieures feraient mieux connaître. Dans les entretiens qu'ils eurent avec lui, il leur apprit qu'il avait eu, un an auparavant, en Allemagne, une affection typhoïde, qui l'avait très-débilisé. Une amélioration s'étant manifestée, on reprit le procès.

Les experts formulèrent devant la cour d'assises de Padoue la conclusion suivante : Nous ne pouvons nous empêcher d'admettre que la vive émotion causée par l'homicide, ne réagisse sur D. S. . . d'une manière exagérée, et ne le fasse entrer

dans une exaltation de colère qui, eu égard aux caractères morbides de son tempérament, ne détermine une fureur pathologique qui diminue sa responsabilité.

Le jury ayant exclu la fureur pathologique, et seulement admis la provocation, D. S... fut condamné à 10 ans de réclusion, au lieu de 15 ans de travaux forcés, que lui avait infligé la cour de Vicence.

La lecture du rapport des docteurs Tebaldi et Ghirelli nous a laissé l'impression que l'accusé avait été sévèrement jugé.

D^r Luigi Calastri. — De l'influence de la variole dans les maladies mentales.

L'influence de la variole sur les affections mentales, dit M. Calastri, n'avait pas fixé l'attention des aliénistes, jusqu'à la grande épidémie de 1870, qui ravagea toutes les provinces lombardo-vénitiennes et d'autres parties du royaume italien. Ce fut le professeur Berti, de Venise, qui, dans un mémoire publié en 1873, et comprenant un relevé de dix années, établit l'influence de la variole sur la folie. Le docteur Calastri, médecin adjoint de l'asile privé Rossi, à Milan, en a recueilli trois exemples publiés dans l'*Archivio*. Nous en donnerons seulement un, les deux autres étant semblables.

Un homme de 30 ans dont la mère était morte folle et dont le père, violent, entêté, avait succombé à une hémorrhagie cérébrale, présenta lui-même, de bonne heure, des symptômes du caractère de son père. Peu à peu, ses singularités firent craindre pour sa raison. Il se maria, mais ses violences obligèrent à diverses reprises sa femme à se sauver. Une première fois, il fut placé pour son désordre d'esprit dans un asile où il ne resta que sept jours. De retour chez lui, la vie devint intolérable; il fallut s'adresser à l'autorité, et le 19 décembre 1870, il était interné à l'asile Rossi. Il refusa d'abord toute nourriture pour se faire renvoyer; puis, pendant des mois, il ne voulut prendre que du pain et de l'eau. Durant son séjour, il ne cessa de donner des preuves de folie. Il avait des alternatives de tristesse et d'exaltation; il tirait l'horoscope, se livrait à des accès de fureur, dansait souvent la nuit, faisait semblant de ne pouvoir respirer, de tomber en syncope et avait des hallucinations de l'ouïe et de la vue. Plusieurs fois, il fallut employer les mesures de répression.

Depuis quelques jours, il jouissait d'une bonne santé physique, lorsque le 9 juillet 1871, il se plaignit d'une prostration générale, garda le lit et demanda le médecin. Le lendemain,

on reconnut les prodromes d'une éruption variolique grave. Elle se termina très-heureusement, et ce qui surprit, c'est qu'on constata en même temps une amélioration notable dans ses facultés intellectuelles, quoiqu'on eût affaire à une aliénation chronique.

En réunissant les 50 faits de Berti, dont 9 ont été suivis de guérison complète de la folie, 8 du docteur Merrigi, les 3 qui appartiennent au docteur Calastri, il en résulte le tableau suivant :

Guéris	44
Améliorés	8
Morts	44
Sans modification	28
Total.	64

En présence de ces résultats, l'auteur s'est demandé si devant une maladie aussi fréquente et aussi grave que la folie, on ne pourrait pas recourir à la vaccination artificielle. Sans être affirmatif, il croit qu'il n'y aurait pas d'inconvénient à tenter cette expérience, en s'entourant de toutes les mesures de prudence, et en établissant la grande différence qu'il y a entre la variole naturelle et la vaccination artificielle.

Notre excellent ami, le Dr Andrea Verga, a étudié ce sujet dans une brochure qui a pour titre : *La variole influe-t-elle plus sur le trouble ou sur le rétablissement de la raison?* Mémoire lu en 1873 à l'Institut royal lombard des sciences et des lettres.

Voici son résumé en six paragraphes :

1° La variole a produit directement et immédiatement la folie chez une dame de 32 ans, plus lentement et graduellement chez une jeune fille de seize ans. La première guérit en cinq mois de traitement. La seconde passa à l'état de démence.

2° Encore latente, la variole troubla le cerveau de sept individus, de manière à les faire recevoir plutôt d'abord dans le compartiment des délirants que dans celui des varioleux. Tous guérissent, à l'exception d'un homme de 65 ans et d'une femme de 64 ans, dont le cerveau était antérieurement malade.

3° Par sa gravité, la variole occasionna promptement la mort de six autres individus.

4° Chez treize autres, elle laissa la maladie cérébrale, comme elle l'avait trouvée, de sorte qu'ils retournèrent tous dans la

division des délirants. La majeure partie devint chronique ; deux moururent et quatre purent se rétablir par un concours heureux d'autres circonstances.

5° Sur trois individus, elle suspendit et modifia la maladie cérébrale, de sorte qu'ils purent passer plus ou moins de temps dans leurs familles ; mais finalement tous retournèrent à la division des délirants, et y demeurèrent chroniques.

6° Sur trois dames, une vraie et solide guérison parut s'établir ; mais l'une d'elles était plutôt hystérique que folle ; une autre était en train de guérir d'un délire consécutif à une fièvre typhoïde, et la troisième qui souffrait d'une mélancolie, avait déjà dans la même année triomphé d'un autre accès mélancolique, sans aucun secours spécial.

D^r Girolami. — *Des désharmonies et des excentricités congénitales de l'esprit.*

Ce savant médecin a abordé, dans son second cours des maladies mentales, un sujet qui nous a préoccupé depuis des années. Notre observation constante des hommes et des révolutions de notre pays ne nous a que trop convaincu qu'il y avait parmi nous une quantité considérable d'individus qui, par leurs discours, leurs actes, montraient qu'ils avaient quelque chose de dérangé, et qu'à un moment donné, le mal éclaterait. L'article que le docteur Brosius a inséré sur les deux sièges de Paris (*Irren freund.* 1873) et que le *Mental science* a indiqué, avait signalé cette folie latente.

Parmi les principales causes de cette désharmonie et de cette excentricité des facultés, Girolami range l'hérédité, le tempérament, l'alcoolisme et les défauts de l'éducation morale et religieuse. Il aurait pu y joindre pour notre pays l'amour des révolutions, *novis rebus student*, noté par César, le désir du bruit à tout prix, l'incroyable légèreté d'esprit, la vanité incurable, et, depuis 89, la passion de la politique (1). Il y a certainement des recherches à faire sur le germe de la *folie en puissance* qui, dans l'opinion de Girolami, est largement disséminée.

Un autre point qui a attiré son attention, est l'alliance du vrai génie avec la folie ; il la rejette complètement, mais il croit à l'affinité du crime avec la folie. On trouvera dans le

(1) Ribot, *Hérédité psychologique (Annales d'hygiène et de médecine légale, janvier 1875)*.

second volume de ses œuvres d'intéressants détails sur ce sujet.

Andrea Verga. — *Seconde expertise médico-légale de l'accusé Agnoletti.*

Le jugement prononcé par la cour d'assises de Milan contre cet homme, ayant été cassé pour vice de forme, la cause a été appelée de nouveau devant la cour de Bergame. Cette seconde expertise nous ayant paru un rapport qui ne s'appliquait pas seulement au condamné, mais à tous les aliénés de la catégorie des fous héréditaires raisonnants, nous publions la plus grande partie de ce travail magistral, qui avait été très-écourté dans la première publication du procès.

Voici comment s'est exprimé à cette occasion le professeur Verga : « Je vais reproduire devant le tribunal l'opinion que j'ai émise à la cour de Milan, et je le fais avec d'autant plus de courage, qu'elle a eu l'approbation de journalistes sérieux, de criminalistes d'une grande réputation, d'un savant aliéniste français, Brierre de Boismont, et de la Société médico-psychologique de Paris, l'aréopage le plus compétent d'Europe en aliénation mentale (*Archivio italiano*, luglio 1873, page 234).

Je répète donc que, si Agnoletti ne présente pas et n'a jamais présenté les traits ultimes, caractéristiques de la folie, il ne me paraît pas physiologiquement dans un état normal ; et je pense surtout que, pendant la fatale soirée du 8 janvier 1872, il se trouvait dans de telles dispositions d'esprit, qu'elles devaient diminuer notablement, sinon enlever en entier, la responsabilité du délit commis.

Pour donner à mon jugement toute la probabilité qu'on peut désirer dans les choses médicales, je ferai appel à l'influence héréditaire. Le docteur Berti, ancien médecin de l'hôpital civil des folles de Venise, a eu l'heureuse idée de dresser l'arbre généalogique d'Agnoletti ; vous y verrez toutes les branches attaquées par ce champignon vénéneux. Pour moi, je me bornerai à faire remarquer que si dans les rapports médicaux, on attache beaucoup d'importance à un cas seul de folie, constaté avec peine dans les ascendants ou les collatéraux d'un accusé, nous devons tenir très-grand compte d'une influence qui a jeté, pour ainsi dire, à pleines mains, les maladies mentales et nerveuses dans les deux familles dont descend Agnoletti.

Je dis, à dessein, affections mentales et nerveuses, parce que

tous les médecins savent que les affections simplement nerveuses, telles que l'épilepsie, l'hystérie, l'hypochondrie, et les maladies cérébrales bien caractérisées, comme la méningite, l'encéphalite, l'apoplexie, en passant d'une génération à l'autre, peuvent se transformer en véritables aliénations mentales. Mais pour comprendre ces faits, il faut les connaître, et les médecins aliénistes ont seuls cette expérience.

On n'hérite pas, en réalité, de la folie, mais d'une constitution nerveuse particulière, d'une complexion cérébrale *sui generis* qui, suivant les circonstances, surgissant dans le cours de la vie, tantôt font éclore une véritable aliénation mentale, tantôt des névroses; ce qui veut dire qu'en tout cas, on hérite d'une disposition à la folie (1). Le développement de la disposition à la vraie folie peut survenir promptement ou tardivement, retarder chez le père, apparaître avant chez le fils, et puis sauter une ou plusieurs générations.

A cette occasion, je ferai observer que le nom de fou, donné par le vulgaire à tout homme excentrique, n'est pas le fou de la science. Sans aucun doute, j'ai toujours soutenu qu'Agnoletti n'était pas un fou, selon le sens rigoureux du mot, mais que ce terme s'appliquait à l'homme irrégulier par son caractère et sa conduite, très-facile à se laisser abattre et à s'exalter, mais équilibré dans ses facultés intellectuelles et morales, qui veut et ne veut pas, qui désire ardemment une chose et la rejette aussitôt. En définitive, la dénomination de fou raisonnant, qu'on a rangée parmi les utopies dangereuses, signifie un nouveau pas en avant de la science au profit de l'humanité, *la peine proportionnée à la faute*, ce qui n'avait pas été fait jusque-là. Quelle que soit la théorie de cette folie, elle est, dans mon opinion, une sous-aliénation mentale, comparable à la fièvre typhoïde par rapport au typhus. Le délire, qui pour les aliénistes et les gens du monde est le symptôme caractéristique de la folie, comme la fièvre est le symptôme caractérisé de l'inflammation, est peu ou pas marqué dans cette anomalie psychique. Il est même des cas où la perception, la mémoire et les facultés syllogistiques sont plus puissantes et plus actives; aussi l'a-t-on dénommée *folie lucide*, *folie sans délire*. Les altérations qui dominent sont celles des affections, des sentiments

(1) Moreau de Tours, Morel et l'article *Hérédité psychologique* de M. Ribot (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, janvier 1875, p. 491).

du caractère, de la volonté ; c'est encore la raison qui l'a fait appeler, *folie morale, affective*. Les fous de cette catégorie sont, en général, des hommes qui raisonnent bien et agissent mal, très-capables d'édifier le public par leurs paroles, et de le scandaliser par leurs faits ; c'est pour cette raison que Brierre de Boismont a préféré donner à cette anomalie psychique le nom de *folie d'action*.

Certainement, cette forme n'est pas encore bien déterminée ; on peut dire néanmoins que ceux qui la présentent sont des existences en grande partie perdues, chez lesquelles se manifestent de préférence la vanité et la légèreté, l'impétuosité et la violence, qui vont se terminer dans les prisons ou les manicomés, mais auxquelles conviendraient bien plus équitablement les asiles intermédiaires que réclament les aliénistes.

Agnoletti doit-il être rangé parmi ces êtres plus disgraciés que coupables ? là est le point capital.

Rappelez-vous, messieurs, cette grande mutabilité de caractère et d'humeur, qui est en harmonie avec la mobilité de ses yeux, de sa physionomie, de toute sa personne. Les dépositions sont unanimes pour attester qu'il passe avec une extrême facilité de la joie à la tristesse, du rire aux pleurs, du calme à l'excitation, Agnoletti a avoué qu'il sentait les changements de temps, comme une hystérique, et qu'il était sujet à des tremblements qui lui faisaient tomber les objets des mains. Dans le procès de Milan, sa tenue fit une vive impression sur tous les assistants, parce qu'il pleurait, sanglotait et était sur le point de s'évanouir. Tantôt il déclamaït d'une voix vibrante et presque arrogante, tantôt il discourait négligemment, en se dandinant avec des mouvements vibratoires. Quoique je n'aie pas assisté à toutes les séances, j'ai constaté que l'Agnoletti du premier procès était tout à fait différent de celui du second. Dans le premier, il bâillait, traînait ses mots et ne pouvait tenir le fil du discours ; il fallait lui accorder un long repos. Dans le second, il n'était plus le même ; il se levait aux appels comme une détente de ressort, prenait des poses et des attitudes de maître absolu ; on aurait dit qu'il voulait par sa voix tonnante et ses gestes électrique foudroyer les juges et les jurés. Dans la prison, comme l'a déposé le docteur Maironi, les jours pour Agnoletti se suivaient, mais ne se ressemblaient pas.

Ajoutez à la mutabilité du caractère et de l'humeur, la prodigalité, celle qui, par les codes, est considérée comme un indice

d'infériorité mentale, qui entraîne l'interdiction, l'incapacité de gérer. En peu d'années, il avait dissipé un riche patrimoine. Quand il n'eut plus que des dettes, et que sa femme se vit contrainte à lui mesurer une pension journalière, il continua sa vie de dépenses et d'invitations, ce qui le rendit la risée des gens de service.

« Agnoletti a la mémoire prompte et tenace, l'expression facile et parfois heureuse; mais quel usage a-t-il fait de ces dons? Il vous répète à satiété l'histoire de sa vie, en divaguant sur une foule de détails d'un intérêt tout à fait secondaire, en s'arrêtant spécialement à chaque petit trait qu'il croit à son avantage et qu'il semble vous jeter à la face d'un air de triomphe; quant à son crime, vers lequel il aurait dû faire converger tous les efforts de son raisonnement, il l'a décrit très-minutieusement, au point de faire frémir l'auditoire; mais quant à chercher à le voiler, à l'atténuer, à l'excuser, il n'en a pas eu le moindre souci. Si jamais preuve plus décisive de l'absence complète du sens moral et de l'erreur du jugement sur l'appréciation d'un acte criminel a été donnée, c'est évidemment dans ce cas. Agnoletti se contente de crier de toutes ses forces: *Je suis innocent, ma conscience ne me reproche rien*; comme si on devait le croire sur parole et que l'innocence d'un accusé dût se mesurer à la force de ses poumons!

Les causes physiques ne sauraient être séparées des causes morales. On a cependant prétendu qu'il n'y avait rien de pathologique chez Agnoletti. On oubliait qu'il existait dans sa famille de nombreux cas d'aliénation mentale, se succédant de génération en génération. Est-ce que, d'ailleurs, la céphalalgie, les vertiges, les hémorroïdes, ne sont pas des cas pathologiques? Beaucoup de délires, par exemple, ne sont-ils pas entretenus par un sang trop riche ou trop séreux? Je range encore dans les cas pathologiques, les changements de caractère et d'humeur d'Agnoletti, son irritabilité qui le met si facilement hors de lui, cette insensibilité morale qui l'empêche de sentir ni honte ni remords de son crime, cette vanité qui convertit pour lui un banc de déshonneur en une scène de théâtre, et lui fait, pour ainsi dire, paraître belle cette occasion de produire son talent dramatique et oratoire.

J'arrive au dernier acte de la tragédie. Agnoletti voulait d'un seul coup fuir ses créanciers, ses ennuis et tous ses maux; c'était une idée fixe. Combien de gens se tuent dans des conditions bien moins malheureuses. Il voulait aussi associer son

fil à sa destinée, et cela par une double erreur : la première était de croire la chose logique et permise à un père, il l'a écrit ; la seconde, de préserver son fils d'une vie malheureuse, pensée pire que la première, et que nous avons notée chez les aliénés mélancoliques. Dans son esprit malade, la mort du fils devait compléter le suicide du père. Il le tenait sous son manteau, afin de périr avec lui. L'eau froide, pour laquelle Agnoletti a toujours éprouvé une espèce de frayeur, lui fit ouvrir les bras et laisser son fils pour se sauver. S'il n'avait pas l'intention de se tuer, ainsi qu'on l'a prétendu, pourquoi l'annoncer avec tant de solennité à sa femme, dans sa dernière lettre que j'appelle son testament ? N'exposait-il pas sa vanité, qu'il portait si haut, à faire la plus triste figure ? souvenir, j'en suis certain, qui est un de ses plus grands tourments. Pourquoi, au moins, ne pas emporter de l'hôtel de Florence son argent et les objets de valeur, qui lui auraient été si utiles dans sa fuite ? Pourquoi entrer dans l'eau jusqu'aux cheveux, ce qui exigeait un changement de vêtements, retardait son évasion, et éveillait les soupçons ? si l'assassinat du fils était une vengeance contre la mère, pourquoi ne pas l'assouvir sur celle-ci ? sa vengeance, en l'admettant, était celle d'un fou !

Quel nom donner, messieurs les jurés, à un homme si variable, si prodigue et si vaniteux, sur lequel l'éducation paternelle, la vie de collège, la discipline militaire n'ont eu aucune prise ; qui dit adorer sa femme, la proclame vertueuse, considère comme le plus grand des maux son éloignement, son mépris, et ne peut supporter ses légers défauts, la menace et la maltraite ; qui chérit son fils, au point de s'attirer les reproches de la mère ; qui porte toujours avec lui sa photographie, la montre à ses amis, en versant des larmes de tendresse, demande sans cesse des conseils aux médecins pour sa santé et va lui-même le noyer ? A cet homme qui prétend être un gentilhomme, presque un héros, et n'aboutit qu'à devenir un parricide, un misérable ? A cet étrange mélange de bien et de mal, d'amour et de haine, de bon cœur et de férocité, de grandeur et de misère, de délicatesse et de brutalité ? Ce nom, ne le cherchez pas, la science l'a trouvé ; si ce n'est pas la folie, c'est du moins sa prédisposition. Cette désignation suffit, parce que la prédisposition est la cause des causes. Quand elle n'existe pas, aucune influence morale ne peut la produire ; quand elle existe, la moindre occasion peut la faire éclater.

Les chagrins les plus cruels sont fondus sur Agnoletti, de

manière à faire tourner une tête plus forte que la sienne. Ruine complète, perspective de la misère et de son hideux cortège, poursuite incessante de créanciers impitoyables, séparation de la femme, devenue inexorable, et qui répond par un rire méprisant à ses genuflexions suppliantes, enfin enlèvement de son fils ; n'y a-t-il pas là les éléments les plus capables de le faire succomber à la folie ? La pensée de cette fin déplorable était déjà venue à l'esprit d'hommes expérimentés, et entre autres de Calessi, inspecteur du manicomme de Ferrare, qui avait annoncé dès sa jeunesse, qu'il finirait mal. Les aliénés nombreux qu'il avait eus dans sa famille, les six qu'on a relevés dans son procès, sa singulière conduite ne justifiaient que trop cette opinion.

Je me résume, et je dis : la tache si fortement imprimée sur les deux branches familiales d'où est sorti Agnoletti, et qui a évidemment rejaili sur lui ; la gravité des causes physiques et morales dont il a souffert, la nature de l'acte qui l'a conduit devant la cour d'assises, me portent à croire que dans la perpétration de l'acte lui-même, il n'avait ni sa pleine conscience, ni sa liberté d'action. »

C'est aussi ce qu'a soutenu, en praticien éclairé, le docteur Biffi, dans son second rapport médico-légal. Malheureusement, les fous raisonnants, qui appartiennent spécialement à notre époque, ont rencontré la même ignorance de la folie, la même croyance à la criminalité que les sorciers, les possédés du moyen âge ; seulement au lieu de les torturer, de les brûler, on les condamne aux travaux forcés à perpétuité. Ainsi, lorsque le célèbre avocat Lachaud vint nous demander de faire un rapport médico-légal sur le comte de Kermel, qui avait tué son frère dans un transport de fureur, nous exposâmes les raisons qui nous faisaient croire qu'il était malade comme Agnoletti ; mais nous ne voulûmes pas, nous rappelant une appréciation judiciaire blessante, recevoir d'honoraires, persuadé que le comte de Kermel serait condamné comme Agnoletti, les jurés et les magistrats étant convaincus qu'ils défendaient la société contre un affreux criminel. Tout autre serait leur conduite, s'ils connaissaient la puissance de l'hérédité pathologique progressive, si bien décrite par Morel, Moreau de Tours, Prosper Lucas et M. Ribot dans son livre de *l'Hérédité psychologique*, que nous avons récemment analysé (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, janvier 1875).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

— De l'automatisme de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique, par M. le D^r Ern. Mesnet; Paris, 1874, br. in-8°.

— State hospital for the insane, Dauville; Reports for the years 1872-73 et 1873-1874; 2 br. in-8°

— Rendiconto statistico-clinico del manicomio di Santa-Maria della Pieta di Roma, per gli anni 1872-1873; vol. in-8° de 150 p.

— Contribution à la pathologie musculaire; les contractures et les contractions pathologiques; par M. le D^r E. Dally; Paris, 1874, br. in-8°.

— Sulla cura della diarrea vaso-paralitica dei cachettici; par le D^r Bonfigli; Milan, 1875; br. in-8° de 18 p.

— Die Heil-und-Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke in Deutschland, des Schweiz und den benachbarten deutschen Ländern, par M. le D^r Heinrich Laehr; Berlin 1875; vol. in-8° de 183 p.

— Matérialisme, vitalisme, rationalisme; études sur l'emploi des données de la science en philosophie; par M. Cournot; Paris, 1875; vol. in-12 de 400 p.

— Des rapports qui existent entre l'état du cerveau et les diverses espèces d'aliénation mentale; essai d'une classification psychologique de ces diverses espèces; par M. le D^r Despine; Marseille 1875; br. in 8° de 15 p.

THESES DE PARIS.

(Année 1875, fin.)

461. Tapie. Chorée, ses divers modes de traitement.

464. Paret. Quelques résultats obtenus par l'emploi du valérianate de caféine.

479. Rojnitzo. Sur l'aphasie avec hémiplégie et gangrène simultanée des extrémités.

VARIÉTÉS.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— Par décret du président de la République en date du 4 février 1875, rendu sur la proposition du ministre de l'Intérieur, a été promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur : M. DURANGEL (Henry), conseiller d'Etat en service extraordinaire, directeur de l'administration départementale et communale ; 26 ans de services, officier depuis août 1869.

— Par arrêté en date du 1^{er} juin 1874, M. FOLLET, chef de bureau au ministère de l'intérieur (aliénés, enfants assistés, mendicité), a été nommé sous-directeur de l'administration départementale et communale.

— Arrêté du 21 février 1875 : M. le D^r Henri VEDIE médecin-adjoint de l'asile de Pau, a été promu à la 2^e classe de son grade (2,400 fr.).

— Arrêté du 15 mars 1875 : M. le D^r PEON, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), a été promu à la 3^e classe de son grade (5,000 fr.).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE TEMPÉRANCE.

La société française de Tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques, vient d'arrêter les sujets des prix qu'elle se propose de décerner en 1876, 1877 et 1878 ; en voici le programme :

Prix à décerner en 1876.

1^{re} Question. — Montrer par des recherches statistiques assez limitées pour que les éléments en puissent être exactement recueillis et facilement coordonnés, circonscrites à un canton, par exemple, et s'étendant, autant que possible, comme période de temps, du commencement du siècle jusqu'à nos jours, quels sont les rapports entre l'accroissement du nombre des cabarets et les changements survenus dans la natalité, la mortalité, la durée de la vie moyenne, la criminalité, la fréquence des maladies mentales, des suicides, le nombre des exemptions du service militaire pour faiblesse de constitution ou infirmités.

2^e Question. — Etude comparée des législations relatives aux débits des boissons dans les divers Etats de l'Europe. Chercher dans cette étude des données sur les modifications dont la législation française serait susceptible, au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques.

3^e Question. — Etudier les associations coopératives de consommation qui existent en France, les causes qui en ont jusqu'à ce jour restreint l'extension et les avantages qu'elles présentent au point de vue de la tempérance.

4^e Question. — Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les effets comparatifs des eaux-de-vie et des liqueurs dites *similaires de l'absinthe* et qui sont préparées avec les essences de Fenouil, de Badiane, d'Anis, de Tanaisie et autres plantes analogues.

— Pour chacune des quatre questions, le prix sera de 4,000 f.

Prix à décerner en 1877.

1^{re} Question. — Déterminer, à l'aide d'analyses chimiques répétées sur un grand nombre d'échantillons pris au hasard chez les débitants de Paris ou de la province, les analogies et les différences qui existent entre l'esprit de vin et les alcools de toute autre provenance, livrés au commerce des boissons et des liqueurs.

— Le prix sera de 2,000 fr.

2^e Question. — Est-il possible de distinguer positivement, par l'examen des propriétés chimiques ou physiques, les vins et les eaux-de-vie naturels, c'est-à-dire provenant de la fermentation des jus de raisin, ou de la distillation des jus fermentés, des vins et des eaux-de-vie fabriqués ou mélangés avec des alcools d'autre provenance.

— Le prix sera de 4,000 fr.

Prix à décerner en 1878.

Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les différences qui, au point de vue des effets sur l'organisme, et à titre alcoolique égal, existent entre les vins et les eaux-de-vie naturels, d'une part, et d'autre part, les vins fabriqués ou simplement relevés avec des alcools de provenance purement industrielle et les eaux-de-vie de même origine.

— Le prix sera de 2,000 fr.

NOTA. Les mémoires, écrits en français et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresse des auteurs, devront être envoyés à M. le D^r Lunier, *secrétaire général de la Société*, rue de l'Université, 6, à Paris : pour les prix de 1876, avant le 4^{er} janvier de la même année ; et pour ceux de 1877 et 1878, avant le 4^{er} janvier des mêmes années.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

PARIS. — Imprimerie de E. DONNAUD, rue Cassette, 9.

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

PATHOLOGIE.
 ———
 DE LA
SENSIBILITÉ GÉNÉRALE
 ET DE SES ALTÉRATIONS
 DANS LES
AFFECTIONS MÉLANCOLIQUES

Par **M. le D^r SEMAL**
 Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés de Mons (Belgique).

Mémoire qui a obtenu le prix Aubanel (1).

PRÉFACE.

La sensibilité est la source de
toutes les idées et de toutes les
habitudes qui constituent l'exis-
tence morale de l'homme.

Si ces paroles de Cabanis eussent exprimé une opinion incontestée, ou même si celle-ci eût paru incontestable aux yeux de l'auteur du travail qui va suivre, c'est certainement sous cette égide qu'il eût abrité son œuvre. Mais outre

(1) Ce mémoire paraîtra dans les quatre derniers fascicules de 1875. Pour ne pas retarder la publication des autres travaux, nous ajoutons au besoin, comme nous le faisons dans ce numéro, une ou deux feuilles supplémentaires.

(Note de la rédaction.)

qu'elles impliquent sinon la négation, du moins l'atténuation des influences héréditaires, elles vous laissent en face d'un problème dont la solution est indécise : qu'est la sensibilité physique, qu'est l'existence morale de l'homme? En quoi l'une, matérielle dans son essence, peut-elle influencer si directement l'autre sans participer de sa nature et réciproquement? Ce ne sont cependant pas les tendances positivistes qui nous effrayent, car sans les répudier, nous y obéissons jusqu'à un certain point, en nous bornant à porter notre attention sur la filiation nécessaire des phénomènes naturels, et sans empiéter sur le domaine de la philosophie et de la théologie qui se sont donné pour mission d'en rechercher la cause. D'autant plus que ces dernières sciences elles-mêmes ne vont pas, ou vont difficilement, jusqu'à nier que les sens ne soient l'intermédiaire naturel entre l'esprit et le monde extérieur, et que d'un autre côté, il est hors de doute que le cerveau, ou mieux la matière cérébrale, ne soit le substratum indispensable de la pensée, celle-ci s'éteignant progressivement, sans léser la vie physique, si cet organe est entravé dans ses fonctions ou altéré dans sa texture.

De cette union indissoluble entre la pensée et son substratum organique ; de la certitude acquise par de récentes recherches qu'elle épuise la substance nerveuse aussi infailliblement que la marche, par exemple, épuise la substance musculaire, on peut bien conclure que même, lorsqu'elle paraît dégagée de tout lien physique, la pensée ne s'exerce cependant pas dans des sphères purement immatérielles et qu'on retrouvera dans l'ordre intellectuel la filiation ininterrompue de mouvements qui caractérise l'ordre physique. Allant plus loin, on peut même admettre avec Herman (1), que toutes les idées forment des séries non interrompues

(1) Herman : *Traité de physiologie*, traduction française d'Onimus.

(des chaînes de pensées) dont le point de départ se rattache à une excitation nerveuse et dont le point terminal est à son tour une idée unie à une excitation nerveuse. Mais cette hypothèse, en ramenant les phénomènes psychiques à des mouvements réflexes, ne différant des mouvements réflexes ordinaires que par une extension plus grande, soit dans le temps, soit dans l'espace, permet bien de rechercher l'origine de toute excitation nerveuse, même volontaire, dans l'excitation d'un organe terminal nerveux périphérique, c'est-à-dire dans la sensibilité physique; mais cela nous ramène, après un détour, à l'opinion instinctive de Cabanis, sans avoir en réalité fait un seul progrès dans la connaissance de la force qui engendre ces modifications primordiales et incessantes dont nous pouvons seulement percevoir les effets.

Il est vrai, comme le dit fort bien le D^r Maudsley (1), le problème pour nous, observateurs scientifiques, n'est pas de démontrer la nature réelle de la force que nous appelons mentale, ni de faire voir *comment* et *pourquoi* certains mouvements moléculaires ont lieu dans les nerfs, et s'ils deviennent sensation ou idée, mais de faire remarquer l'uniformité dans la succession des mouvements, ici comme dans les autres branches de l'histoire naturelle, et d'indiquer que, suivant notre expérience, certains effets sont la conséquence invariable de certaines conditions qui les précèdent. Le comment et le pourquoi étant des mystères que nous ne pouvons avoir la prétention d'expliquer, la question se ramènerait donc à connaître les conditions qui précèdent l'activité nerveuse; quoi qu'elle soit plus facilement soluble, posée de cette façon, il faut néanmoins avouer que jusqu'ici la science ne nous a guère fixés à cet égard; car si les événements physiques sont des conditions habituelles de sensation et d'idée, on ne peut nier qu'ils soient des condi-

(1) Maudsley. *Morale et folie*. (Revue scientifique.)

tions accessoires et lointaines, et ne provoquant la sensation et l'idée que par un intermédiaire obligé : l'excitation du nerf. *En somme*, dit Taine (1), la condition directe de la sensation, c'est l'action ou mouvement moléculaire du nerf ; peu important les événements du dehors, ou les autres événements intérieurs du corps vivant ; ils n'agissent que par l'intermédiaire de ce mouvement qu'ils provoquent ; par eux-mêmes ils ne font rien, on pourrait se passer d'eux. Il suffirait que l'action du nerf fût toujours spontanée comme elle l'est parfois ; si son action se produisait encore selon l'ordre et avec les degrés ordinaires, le monde extérieur et tout ce qui dans notre corps n'est pas le système nerveux, pourrait être anéanti ; nous aurions encore les mêmes sensations, les mêmes images, les mêmes idées.

C'est un psychologue qui parle, et quelque talent qu'il déploie à formuler sa pensée, elle ne traduit qu'une vérité abstraite, dont l'esprit positif se contente d'autant plus difficilement qu'elle repose sur des faits exceptionnels, sur des perturbations de l'ordre normal, sur des exceptions à cette loi naturelle que l'expérience de chaque jour apprend à connaître :

Les sensations ont nécessairement leur antécédent dans les phénomènes du monde extérieur, ou plus correctement du milieu où plongent les fibres nerveuses. Ces prétendues causes perturbatrices doivent être en réalité parfaitement normales ; ce ne sont que des circonstances que nous ne connaissons pas ou que nous avons négligées et dont les progrès scientifiques nous forceront tôt ou tard à tenir compte. Les apparentes exceptions aux lois naturelles ne sont probablement que des fictions de l'esprit, et non un fait de la nature.

Aussi dans l'étude de la sensibilité, faut-il nécessairement considérer et les phénomènes *ambient* la substance

(1) *L'intelligence*, tome 4, page 294.

nerveuse et les modifications subséquentes de celle-ci ; et s'efforcer d'en saisir les rapprochements et les différences, en un mot en déterminer les corrélations. Est-il nécessaire de faire observer combien cette marche a été peu suivie ? Il suffit pour s'en assurer de jeter un coup d'œil sur la diversité des termes proposés par les auteurs pour définir la sensibilité. Aussi conçoit-on aisément dans quels embarras devait forcément se trouver celui qui tentait de résoudre la question, en apparence assez simple, mise au concours par la Société médico-psychologique. Décrire les troubles de la *sensibilité générale*, alors qu'on ne sait pas au juste *ce qu'est la sensibilité en général*, paraîtra naturellement difficile, si non impossible. Cependant en n'y regardant pas de si près, on pouvait suivre une voie peu hérissée de difficultés ; prendre, par exemple, la définition proposée par quelque auteur en renom, sans s'inquiéter si elle cadrerait peu ou point avec l'opinion des autres, puis compilant avec soin les exemples d'altération de cette faculté, purement conventionnelle, du système nerveux, dans les délires mélancoliques, les répartir parmi les diverses variétés, faire une balance statistique et conclure que telles et telles sensations morbides prédominaient dans tels et tels cas. Nous nous plaisons à croire qu'un tel système, que nous nous permettrons de qualifier de puéril, n'eût pas conduit au succès ; la savante compagnie qui faisait appel aux travailleurs consciencieux a dû comprendre la portée de la question qu'elle posait, et s'attend certainement au développement du problème implicitement soulevé. S'il en est ainsi, et cela doit être, le découragement a probablement envahi le cœur de bien d'autres concurremment avec le nôtre, car nous l'avouons, ce n'est que tardivement qu'a surgi en nous une idée assez nette, assez précise de ce que pouvait être la sensibilité générale qui nous permit d'aller plus avant dans notre tentative.

Vainement nous avons essayé de procéder par voie d'élimination, d'opposer le général au spécial ; et d'arriver à

connaître la sensibilité générale en écartant tout ce qui était du domaine de la sensibilité spéciale. Nous finimes par nous trouver dans une situation analogue, quoique inverse, à celle de l'habitant de Saturne auquel le voyageur de Voltaire demande combien de sens il a, et qui répond : *soixante-douze, mais tous les jours nous nous lamentons d'en avoir si peu*. Pour nous c'était le contraire ; nous nous serions contenté volontiers des cinq sens que l'enseignement classique de nos jeunes années nous avait appris à respecter, un peu dogmatiquement il est vrai, mais notre embarras croisait avec nos richesses ; n'avions-nous pas le sens thermique, le sens algésique, le sens musculaire, etc., etc. ; peut-être qu'en comptant bien, nous serions parvenu à un total qui eût désespéré l'habitant de Saturne et surexcité notre vanité, si le revers n'eût été cette conclusion : il n'y a pas de sensibilité générale, il n'y a que des sensations spéciales.

Que l'on nous pardonne le ton légèrement épigrammatique de nos dernières paroles, qui jurent avec le sérieux du sujet que nous avons entrepris de traiter, mais elles nous sont inspirées par le souvenir de longues heures perdues dans des recherches inutiles. Elles eurent cependant pour résultat d'exciter en nous le désir de pénétrer la raison des indécisions au milieu desquelles nous flottions. Un examen plus attentif nous fit voir que ce qui troublait notre conception de la sensibilité était précisément les cas exceptionnels où elle se manifestait en dehors des conditions habituelles ; ce qui avait eu pour conséquence de nous faire faire, pour ainsi dire, abstraction complète des phénomènes extérieurs qui la provoquaient d'ordinaire. Nous nous mîmes donc à chercher dans ceux-ci mêmes, les éléments d'une classification ; car, puisqu'en définitive ils étaient les causes normales des sensations, celles-ci devaient nécessairement se ressentir du mobile qui les avait fait naître. Puis, reconnaissant parmi ces phénomènes excitateurs de sensations des propriétés générales, c'est-à-dire essentielles, immuables en qualité (mais

variables en quantité), à côté de propriétés accidentelles et fortuites, nous nous sommes cru en droit d'inférer que les phénomènes essentiels, c'est-à-dire, les actes par lesquels la matière se manifestait *essentiellement*, sans lesquels elle eût été pour nous comme si elle n'existait pas, pouvaient recevoir la qualification de généraux et, partant, être des causes générales de sensations; qu'en retour, celles-ci seraient justement nommées sensations générales qui auraient de telles causes. C'était donc en résumé à la physique que nous allions demander les bases de notre distinction, et quand elle nous eut appris que le phénomène primordial était le *mouvement*, mais que celui-ci ne pouvait subsister sans entraîner un développement de *chaleur* et d'*électricité* dans la matière qu'il animait, nous inscrivîmes comme causes générales de sensation : *la mobilité, la chaleur et l'électricité* du milieu où plongent les fibres sensibles.

Dès lors les sensations générales furent pour nous toutes celles qui se basaient sur ces triples mais inséparables propriétés de la matière en contact avec la nerveuse, que cette matière fût au dedans ou au dehors de l'organisme (1).

Les sensations spéciales se définissaient d'elles-mêmes maintenant que nous avions un point de départ, non plus conventionnel, mais puisé au contraire dans ce que les sciences fournissent de plus positif. Cependant une difficulté se présentait : si la matière ne peut se manifester que par ce triple mode, la matière nerveuse doit nécessairement en être aussi le siège; et dès lors nous aurons constamment des sensations générales qui s'éveilleront par le mouve-

(1) On objectera peut-être que cela étant admis, nous ignorerons encore comment ces états de la matière occasionnent certains états de l'esprit. Incontestablement, mais pourquoi vouloir que la physiologie et la psychologie aillent plus au fond des choses que la physique; sait-on pourquoi le mouvement de la matière qui produit ici chaleur et électricité, produit là lumière et son ?

ment moléculaire constant du tissu nerveux, et qui viendront de tous les points de l'organisme s'offrir à la perception. Nous avons, en effet, été amené à reconnaître l'existence de ce panorama sensible sur lequel viennent se détacher, par variation quantitative, les sensations proprement dites, et c'est même de cette manière exclusive qu'elles nous paraissent compréhensibles. Le développement de la théorie nouvelle, nous la croyons du moins telle, sans y attacher aucun sentiment exagéré de paternité, occupe la première partie de notre travail. Après de courtes considérations sur la sensibilité, vient l'exposé des sensations générales et les divisions que nous avons cru devoir leur imposer en élémentaires et complexes, médullaires et encéphaliques, d'après leur nature et d'après les centres de leur perception. Dans la seconde partie, reprenant chacune des divisions précédemment établies, nous avons énuméré, le plus complètement possible, les altérations que ces sensations présentent dans les affections mélancoliques en nous abstenant toutefois de ces citations, de ces relations d'observations qui foisonnent dans la littérature médicale, et qui eussent constitué ici un étalage d'érudition aussi facile qu'inutile. Enfin, dans la troisième partie, nous entreprenons de rattacher les diverses catégories de troubles précédemment mentionnés, aux variétés hypochondriaques et mélancoliques. Cette partie de la question nous a paru d'autant plus ardue à résoudre que la psychologie morbide est encore entourée de profondes obscurités, qu'il ne nous a pas été donné de pénétrer (1). Quoiqu'il en soit des efforts que nous avons

(1) En peut-il être autrement si l'on songe qu'une définition de la folie est aussi impossible à donner que celle de la santé d'esprit, et comme l'affirme très-judicieusement Kraft Ebing, *il n'y a aucun trouble fonctionnel chez les aliénés qui ne puisse se rencontrer chez l'homme sain, aucun critérium absolu de la folie, et toutes les tentatives faites pour en trouver un ont échoué ou bien n'ont abouti qu'à des subtilités insoutenables.* (D^r Kraft-Ebing, *la*

faits et du résultat assez mince auquel nous sommes parvenu, il est constant que la question à laquelle nous avons entrepris de répondre, acquiert une importance telle, envisagée comme nous l'avons fait, qu'il eût fallu la plume d'un Gavarret, d'un Vulpian et d'un Parchappe pour en faire ressortir toute l'étendue et tous les enseignements. Aussi l'auteur ne se fait aucune illusion sur la valeur de l'œuvre qu'il présente, œuvre qui doit en somme être considérée comme une simple ébauche. Il a tenu cependant à soumettre ces idées à l'appréciation des maîtres, persuadé que le concours de leur expérience et de leurs lumières pourra les faire fructueusement germer; et si cette attente n'est pas absolument vaine, il pourra se féliciter d'avoir contribué, ne fût-ce que par un grain de sable, à l'édifice scientifique que leurs persévérants efforts ont assis sur des bases impérissables.

PREMIÈRE PARTIE.

[**Considérations psycho-physiologiques sur l'ensemble du système nerveux**

CHAPITRE PREMIER.

DU SYSTÈME NERVEUX.

Les phénomènes qui se produisent dans l'organisme des êtres vivants, en y comprenant les phénomènes d'ordre psychique, peuvent se ramener à une loi générale formulée par ces deux mots : action et réaction. L'action étant due à

responsabilité criminelle et la capacité civile dans les états de troubles intellectuels ; traduction du D^r Chatelain). Aussi, pénétré de l'inanité des efforts que nous aurions pu faire, avons-nous cherché dans les individualités elles-mêmes, dans le caractère moral et intellectuel du malade, et dans le milieu où il vit, la raison dernière de la nature et des phases de son délire.

l'influence du milieu ambiant sur l'organisme, et la réaction représentant la réponse de ce même organisme à l'impulsion reçue.

Comme la matière est inerte par elle-même et que les modifications qu'elle subit ne sont occasionnées en réalité que par des forces d'emprunt, on aurait pu admettre que les phénomènes naturels sont réductibles à une loi plus générale encore que celle exprimée plus haut : la loi du mouvement.

Mais un point de vue aussi abstrait ne peut satisfaire les tendances ou plutôt les faiblesses de l'esprit humain, qui ne saisit les choses que pour autant qu'elles s'offrent à lui sous des formes déterminées et discontinues et présentant par cela même des caractères plus ou moins tranchés. De là est provenue la nécessité de ces délimitations parfois si arbitraires que l'on trouve dans les sciences et à laquelle nous avons obéi en envisageant les processus vitaux comme subordonnés à deux mobiles antagonistes.

Dans les organismes inférieurs, les modifications réactionnelles dont ils sont susceptibles surgissent directement des tissus simples qui les composent, parce que les parties centrales étant semblables aux parties périphériques, il résulte de cette homogénéité de structure qu'un même stimulus suffit à éveiller l'activité de l'ensemble. Mais à mesure que se compliquent les circonstances qui environnent l'être vivant et dans lesquelles il doit trouver les conditions propres au développement, à l'entretien et à la manifestation de la vie qui l'anime, à mesure aussi les différents éléments qui le constituent croissent en nombre et en propriétés, de sorte qu'on a pu affirmer que le degré d'élévation qu'un organisme vivant occupe dans la série dépend de la complexité du milieu où il vit.

De plus, dans ces sphères supérieures de la vitalité, le groupement morphologique des éléments constitutifs s'établit de telle sorte, que des surfaces très-étendues auraient

pu être soustraites aux influences du milieu cosmique et rester inertes, si un nouvel ordre de tissus n'était venu s'interposer comme intermédiaire et comme interprète entre la périphérie et les parties centrales. Cette attribution qui est réservée au tissu nerveux lui donne en fait le rôle prépondérant dans l'organisme, car si la plupart des réactions vitales, ou plus correctement, si les propriétés inhérentes aux autres tissus peuvent se manifester sans son intervention, il faut reconnaître que dans les organismes où il existe, lui seul peut éveiller et coordonner ces activités élémentaires dont la résultante constitue la vie.

Considéré dans sa substance, le tissu nerveux présente des différences histologiques qui pourraient être négligées, si la structure et la fonction n'étaient dans un rapport tellement intime, qu'il est difficile de se rendre compte de l'une sans se référer à l'autre.

Les éléments histologiques du système nerveux se composent de deux tissus analogues au point de vue chimique, mais dont le groupement et la distribution sont distincts; aussi est-ce par leurs caractères physiques qu'on les reconnaît habituellement: le degré de coloration les classe en substance grise et en substance blanche, reconnaissables encore par leur structure qui est globuleuse ou fibreuse.

On considère les globules dont le groupement constitue les parties centrales du système, comme des cellules ayant généralement des enveloppes et un contenu consistant en une matière mollement coagulée, renfermant de fines granulations grasses. La plupart de ces cellules émettent un ou plusieurs prolongements qui ne sont autres que les seconds éléments histologiques dont se compose le tissu nerveux. Ces fibres dont la juxtaposition constitue les différents nerfs sont de petits tubes formés par une membrane mince renfermant une substance médullaire visqueuse consistant en matières grasses ou albumineuses. Cette structure paraît s'éloigner fortement de celle réservée aux cel-

lules; mais ce qui rapproche ces deux ordres d'éléments au point d'en faire un tout physique et physiologique, c'est un filament de nature protéique qui ne diffère de la substance contenue dans les cellules que par une densité plus grande due à l'homogénéité de sa structure, tandis que nous avons vu que dans les cellules cette homogénéité était brisée par des granules graisseux. Ce filament cylindrique est unanimement regardé comme la partie essentielle de la fibre nerveuse, l'étui médullaire et la gaine fibreuse ne pouvant servir que d'organes protecteurs et isolateurs, puisqu'ils se confondent avec les enveloppes des cellules, tandis que le cylindre-axe rejoint leur contenu.

Pour se rendre compte en quoi ces données peuvent éclairer les attributions du système nerveux, il faut se rappeler que les phénomènes nerveux, comme du reste tous les phénomènes, sont dus à l'action de forces extérieures, et consistent dans un mouvement acquis; or celui-ci sera d'autant plus facilement communiqué que la matière à laquelle il doit se communiquer offrira moins de résistance. Dès lors, si dans le système nerveux, il y a des organes destinés à subir les chocs extérieurs, ils seront nécessairement constitués par l'élément cellulaire dont le contenu instable et mobile se prêtera à des modifications rapides et multipliées; de plus, si dans le système nerveux il y a production de force intrinsèque, ce sera également dans le tissu cellulaire qu'elle prendra naissance.

D'un autre côté, ces forces ainsi acquises ou automatiquement développées par le système nerveux ne peuvent s'éteindre sur place, et il leur faut nécessairement une voie d'échappement; mais il suffira à cette fin d'une matière simplement conductrice du mouvement. Or cette fonction sera évidemment dévolue aux éléments du tissu nerveux qui se prêtent seulement à des modifications limitées et facilement regressibles, c'est-à-dire aux éléments fibreux dont la structure, compacte et homogène, écarte la possibilité

de transformations plus radicales. L'expérience est venue confirmer ces vues théoriques et l'on sait que c'est dans les éléments cellulaires que s'élabore l'énergie du tissu nerveux, et que les fibres sont de simples conducteurs, de simples commissures jetés d'une cellule à un élément musculaire ou simplement à une autre cellule nerveuse.

Comment se fait cet assemblage, comment s'établissent ces relations anatomiques destinées à créer des voies de circulation au processus nerveux? C'est ce qu'un coup d'œil rapide sur la topographie du système nerveux va nous apprendre :

Si on se représente les surfaces, tant périphériques que sous-jacentes et internes, du corps humain comme parsemées de cellules nerveuses, isolées ou réunies en amas plus ou moins complexes, mais inégalement réparties, puisque dans certains endroits, pressées les unes contre les autres, elles forment des mailles extrêmement serrées, tandis qu'ailleurs, plus clairsemées, elles circonscrivent des espaces relativement étendus, on aura ainsi généralisé, à l'ensemble de l'organisme, l'idée pittoresque de Gall qui comparait les éléments sensibles de la peau à un cerveau étalé. Cependant on n'aura pas excédé les bornes de la vérité, puisque ces éléments nerveux se rencontrent dans tous les organes et dans toutes les parties de notre être.

Quant au mode d'agencement et de groupement de ces amas nerveux, qui parfois, a-t-il été dit, peuvent se réduire à un seul élément cellulaire muni de son prolongement, il faut avouer qu'il n'est qu'imparfaitement connu, voire même en certains endroits totalement ignoré. S'il résulte de là une certaine indécision sur la spécificité fonctionnelle de certains de ces organes, au moins sait-on avec certitude qu'ils sont les points d'aboutissement ou d'émergence de deux ordres de fibres, dont les unes établissent des relations avec le milieu ambiant et dont les autres provoquent l'activité spéciale des éléments musculaires auxquels elles aboutissent.

Ces deux ordres d'organes réalisent donc par leurs énergies spécifiques les conditions antagonistes qui ont été indiquées comme inhérentes à tous les phénomènes vitaux. En effet, si les uns dits moteurs, en déterminant la contraction musculaire, mettent en liberté un mouvement, une force qui se peut répandre au dehors, ce n'est que sollicités par un mouvement opéré dans les autres, dits sensibles, qui, mis en contact plus ou moins direct avec les milieux ambiants, les organes, sont seuls susceptibles de s'approprier les qualités de ces mêmes milieux.

C'est à cette dernière propriété du système nerveux qu'on donne le nom de *sensibilité*; propriété assez complexe puisqu'elle suppose trois opérations distinctes; le contact à l'extrémité originelle de la fibre nerveuse, la communication du mouvement à la cellule terminale périphérique et de celle-ci à l'élément fibreux, la conduction du mouvement acquis jusqu'à certains centres, et enfin l'action de ces centres. Ces trois phases, impression, conduction, perception constituent la sensation dont nous parlerons plus amplement dans la suite; pour le moment examinons rapidement quels sont ces divers centres, que le mouvement nerveux, partant de la périphérie, peut rencontrer dans son évolution ascensionnelle.

Au sortir des diverses structures d'origine, les fibres nerveuses sensibles ou centripètes (en raison de la voie qu'elles font suivre au mouvement nerveux), se réunissent en faisceaux de plus en plus complexes, où chaque fibre conserve néanmoins son individualité, puis traversent des amas cellulaires, appelés *ganglions périphériques*, qui sont regardés, eu égard à leur structure, comme des organes de renforcement du mouvement qui leur parvient, et comme un centre de fusion des mouvements venus par les différentes fibres qui y aboutissent. Il a jusqu'ici été très-difficile d'adapter une fonction autonome bien précise à ces ganglions, parce qu'il n'est pas prouvé que le mouvement nerveux arrivé là

puisse se réfléchir directement dans les fibres motrices qui partent de ces mêmes centres. Cependant Claude Bernard admet que certains mouvements récurrents nettement reconnus en physiologie donnent raison à cette supposition (1).

Plus généralement on s'accorde à dire que l'excitation, pour provoquer un mouvement réflexe, doit remonter jusqu'à la *moelle*. Quant à celle-ci, elle paraît constituer une série de centres automatiques formés par chaque paire de nerfs avec le segment de moelle auquel ils sont attachés ; mais cette indépendance des segments médullaires est rachetée par des connexions les unissant non-seulement entre eux, mais aussi aux parties nerveuses supérieures à la moelle proprement dite. Il résulte de là que la moelle n'est pas seulement un organe conducteur et condensateur des impressions sensibles venant de la plus grande partie de la périphérie ; mais qu'elle est en outre le point de concentration d'impressions viscérales et périphériques qui viennent s'y fusionner également.

Pour continuer sa route ascendante, le courant nerveux parvenu à la limite de la moelle, rencontre le *bulbe*, organe de conduction également, mais de plus foyer de réception d'un certain nombre de nerfs importants, et centre de réflexion du mouvement nerveux dans les organes destinés à l'expression de la physionomie, au langage articulé, à la déglutition, etc., etc., aux poumons, au cœur et à l'estomac. C'est donc dans le bulbe que probablement se perçoivent les sensations qui ont ces organes pour siège apparent ou réel.

En progressant encore dans l'axe médullaire, le stimulus nerveux chemine dans la protubérance qui a joué longtemps un rôle important dans la sensibilité, mais que les recherches récentes semblent devoir fortement diminuer. En effet Tood et Carpenter en Angleterre, Luys en France,

(1) *Revue scientifique*, 1872, page 72.

se sont attachés à prouver que les couches optiques doivent être regardées comme le point de centralisation supérieur de tous les ébranlements sensitifs. Sans aller jusqu'à accueillir les vues si larges, les affirmations si catégoriques de Luys, on peut néanmoins tenir comme acquis à la science que c'est dans la couche optique et les parties circonvoisines que convergent les impressions sensibles, et que c'est en cet endroit que se fait leur perception. Mais on se tromperait grandement en croyant que les impressions doivent forcément remonter jusque-là pour être perçues, il est même probable sinon démontré, que tous les amas nerveux parcourus ou plutôt traversés par le courant nerveux sont des centres perceptifs également. Les travaux des physiologistes contemporains, Vulpian, Schiff, ont mis la chose hors de doute relativement à la moelle et au bulbe, et l'analogie permet à nos yeux une déduction applicable aux centres inférieurs ; toutefois comme nous ne pouvons dans un travail comme celui qui nous occupe, nous livrer à l'étude de ces questions, nous préférons rester dans les limites reconnues par tous, en admettant que les sensations peuvent être perçues ou dans la moelle (bulbe et protubérance compris) ou dans la couche optique, considérée comme centre perceptif supérieur. Mais notre conviction est que tout centre de réflexion est en même temps centre de sensibilité, centre de perception, parce que tout mouvement est corrélatif d'une sensation.

Mais réservant ce sujet, examinons ce que devient le processus nerveux arrivé au centre perceptif supérieur ; s'y arrête-t-il, s'y emmagasine-t-il ? s'y éteint-il ? Evidemment toutes ces suppositions sont erronées par la raison bien simple que ce qui se passe dans le tissu étant un mouvement, la force qui l'a engendré ne peut se soustraire aux lois physiques ; il faut qu'elle s'écoule, et pour cela deux voies se présentent : ou bien directement dans le corps strié par les fibres qui unissent ce dernier à la couche optique, ou

bien revenir toujours au corps strié, mais après s'être irradiée dans les hémisphères cérébraux. Or, comme on sait que le corps strié est le point de départ des fibres motrices, et que les hémisphères sont les organes de la pensée, il s'ensuit qu'une sensation perçue dans les couches optiques peut se résoudre directement en un mouvement musculaire, ou s'unir aux idées ; cependant il semble plus juste d'admettre que parvenue au centre supérieur de perception, le stimulus nerveux s'irradie dans les deux directions simultanément, mais avec des intensités différentes.

Il résulte de ce qui précède que si l'on considère la couche optique comme centre de convergence des impressions, celles-ci ne parviendront pas toujours jusque-là, mais lorsqu'elles y parviendront, elles pourront se déverser dans les canaux moteurs sans exciter, ou *très-faiblement*, l'activité psychique. Comme aussi elles pourront, au contraire, s'irradier de préférence dans le tissu cérébral, c'est-à-dire surexciter l'idéation, sans avoir de retentissement bien marqué sur le reste de l'organisme. D'un autre côté, en rétrocedant du corps strié vers la moelle et de celle-ci vers les nerfs qui en partent, le mouvement sensible peut s'écouler de préférence ou simultanément, soit dans les organes musculaires et de locomotion, soit dans les viscères, ou plus correctement dans les parties musculaires de ceux-ci. En sorte qu'on peut dire qu'une sensation perçue par le centre encéphalique se transforme ou en une idée, ou en un mouvement interne, ou en un mouvement appréciable extérieurement ; tandis que si la sensation est perçue par un des centres secondaires, elle restera en dehors de la sphère idéale, et se changera seulement en mouvements plus ou moins étendus selon que le centre sera plus ou moins élevé dans l'ordre que nous avons précédemment indiqué. C'est pourquoi on peut admettre théoriquement que les ganglions sont centres de réflexion et centres perceptifs, surtout si l'on ne compare pas la modestie de leurs aptitu-

des et de leurs fonctions avec l'élévation de celles des centres supérieurs.

Toutes ces considérations ont leur importance pour le sujet qui nous occupe, en ce qu'elles nous permettent de concevoir facilement que les sensations seront d'autant plus nettement perçues qu'elles le seront par un centre perceptif plus élevé hiérarchiquement et en rapport avec un plus grand nombre d'organes. Nous aurons du reste l'occasion de faire ressortir plus tard ces déductions. Actuellement nous devons combler une lacune avant d'aller plus loin.

Nous avons *supposé* jusqu'ici que les agents extérieurs en agissant sur les expansions périphériques des nerfs centripètes communiquaient aux molécules de celles-ci un ébranlement qui s'irradiait par continuité. Nous avons admis *a priori* que l'activité du tissu nerveux consistait en un mouvement moléculaire, sans en avoir déterminé ni la nature, ni les conditions d'existence, ni les causes.

CHAPITRE DEUXIÈME.

DU MOUVEMENT NERVEUX.

La nature d'un phénomène se déduit rationnellement des conditions qui accompagnent, facilitent ou entravent sa production; or, si nous examinons les conditions essentielles de l'activité nerveuse nous trouvons :

1° La continuité dans la substance nerveuse; car de quelque nature que soit la force mise en jeu dans la substance nerveuse, il lui faut nécessairement un substratum.

2° De plus, il faut non-seulement ininteruption de la matière nerveuse, mais encore un certain degré de cohésion, car l'on sait que les nerfs ramollis, quoique intacts dans leur continuité, perdent leur aptitude conductrice.

3° On a constaté d'un autre côté que la cohésion requise pour la propagation du mouvement nerveux est détruite

par une forte pression, ainsi qu'il arrive pour un nerf auquel on a appliqué une ligature, et pour un centre quand un corps étranger, une esquille osseuse, ou un liquide pathologique, comprime la pulpe nerveuse.

4° Ensuite pour l'action nerveuse, comme pour les autres actions vitales, il faut un certain degré de chaleur; de même le tissu nerveux, comme les autres tissus, est soumis à l'action d'un sang convenable et régulièrement dispensé.

On peut déduire de ces faits que la force nerveuse n'est pas de nature exclusivement électrique comme l'ont pensé pendant longtemps certains physiologistes; car si la continuité des conducteurs est nécessaire pour la propagation du fluide électrique, ce n'est toutefois qu'à un degré inférieur à celle exigée pour la conduction des mouvements nerveux, puisque celui-ci cesse par la simple pression exercée sur le parcours des filets nerveux.

On sait du reste que M. Dubois-Reymond et plus récemment M. Marey ont élucidé cette question par leurs beaux travaux sur la vitesse du courant nerveux, qui n'est nullement comparable à celle du courant électrique.

L'opinion la plus accréditée actuellement est celle qui envisage le processus nerveux comme un mouvement vibratoire moléculaire, accompagné *comme tout mouvement naturel*, de chaleur et d'électricité. Si donc il y a modification moléculaire dans le tissu nerveux excité, il est naturel que la propagation de ce mouvement d'une molécule à une autre et aussi successivement, soit entravée par une compression, ou tout autre obstacle mécanique. On conçoit de même qu'une certaine cohésion du tissu soit requise, mais de plus, il est évident que cette cohésion sera influencée par l'état du tissu nerveux et de ses enveloppes, et en outre par la tonicité plus ou moins forte des tissus circonvoisins.

On peut admettre qu'il y a un minimum de tension nécessaire et qu'entre cette limite et celle où la densité du tissu nerveux est telle que la vibration moléculaire soit la

moindre possible, il y a des degrés, des nuances qui expliqueraient les susceptibilités individuelles. Il s'ensuit aussi que la susceptibilité nerveuse, qui n'est en somme que la plus ou moins grande facilité avec laquelle les impressions parviennent aux centres, ou, en d'autres termes, la rapidité avec laquelle se fait le mouvement nerveux, sera plus grande chez les individus dont les tissus offrent une laxité constitutionnelle, ou sont relâchés par des causes débilitantes. C'est au reste ce que l'observation clinique confirme tous les jours : les personnes de complexion musculaire délicate, offrent les caractères du tempérament dit nerveux, déterminé par une grande susceptibilité aux impressions ; de même l'hyperesthésie s'observe particulièrement à la suite des maladies, chez les anémiques et les chlorotiques, ou bien chez les personnes dont la constitution s'est affaiblie par les douleurs morales ou physiques.

5° Ayant admis que l'excitation transmise le long d'un nerf est constituée par des vibrations ondulatoires se communiquant de proche en proche, de molécule à molécule, on conçoit que ces éléments ne seront susceptibles d'entrer de nouveau en vibration qu'après être revenus à leur position première, et que si une série d'excitations nouvelles tend à parcourir la fibre avant ce retour des molécules à l'état primitif, l'effet produit (l'amplitude de l'oscillation si l'on veut) sera moindre graduellement et pourra même finir par ne plus se produire. Mais cette diminution coïncidera naturellement avec une altération nutritive de l'organe. Or si nous admettions *a priori*, quitte à y revenir plus tard, que cette altération du tissu nerveux, — qui nécessairement se propage, dans les circonstances que nous venons de relever, non-seulement aux fibres, mais aussi aux centres nerveux, — détermine *la douleur*, on comprendrait facilement pourquoi chez les personnes nerveuses déjà, mais surtout chez les malades, les sensations naissent douloureuses. En effet, chez eux le défaut de tonicité des tissus favorise le

processus nerveux, avons-nous dit ; mais il est évident que cette susceptibilité à recevoir les impressions se manifestera en présence d'excitations qui, à l'état normal, eussent peu dérangé les éléments moléculaires de leur statique habituelle ; par conséquent en comparaison de l'état normal, les causes d'excitation seront multipliées, et il en résultera forcément une fréquence inusitée de sensations, qui ne laissant pas au tissu nerveux le temps de réparer suffisamment ses pertes matérielles, entretiendra un état constant d'altération, d'où naissance de la douleur aux moindres ébranlements.

6° Une ondulation moléculaire pour se propager dans un certain sens, doit nécessairement durer un temps appréciable. Dès lors, l'ondulation nerveuse avant de parvenir aux centres perceptifs et de déterminer la sensation, occupera un certain espace de temps, variant avec les conditions que nous avons énumérées, et partant avec les individualités, ou même avec les circonstances chez les mêmes individualités. C'est pourquoi il ne faut accepter que comme une moyenne le chiffre de 30 mètres par seconde assigné par certains auteurs à la vitesse du processus nerveux.

Toutefois une propriété remarquable du processus nerveux, c'est qu'il croît en vitesse et en effet produit, proportionnellement au chemin parcouru. Que conclure de là, si ce n'est que le tissu nerveux dans son ensemble est non-seulement conducteur des excitations, mais qu'il est en outre le siège d'une force autochthone, dont il faut, avons-nous déjà dit, chercher le foyer de production dans les éléments de ce tissu dont la structure se prête à des modifications, à des mouvements rapides, c'est-à-dire dans les éléments cellulaires. Aussi, plus un centre sera riche en substance grise, plus son énergie et son rôle psychologique seront grands ; mais en revanche, il est logique d'attribuer aux centres inférieurs des qualités *moindres*, mais cependant *analogues* à celles des centres supérieurs : l'identité de substance entraînant l'identité de fonction.

Du reste, en faisant momentanément abstraction des spécificités fonctionnelles des fibres des sens spéciaux, nous trouvons dans les autres nerfs des motifs sérieux de corroborer cette manière de voir. En effet, la force nerveuse est une force thermo-électrique (impliquant mouvement, chaleur, électricité); or, en admettant que les centres, que les cellules nerveuses soient le siège d'un mouvement, nous sommes forcé d'admettre que ce mouvement est producteur aussi de chaleur et d'électricité, et capable par conséquent de renforcer le mouvement thermo-électrique qui y parvient : tout foyer de production d'une force déterminée, devant nécessairement et indubitablement renforcer ou mieux multiplier le mouvement de même nature qui vient se fusionner avec elle. Un exemple fera peut-être mieux saisir notre pensée : supposons une légère trainée de poudre aboutissant à un petit amas de même substance, continué par une seconde trainée, laquelle se rend à un second amas et ainsi de suite; il est évident que l'effet produit par la déflagration de la première trainée s'augmentera par la combustion du premier amas, se continuera en progressant dans la seconde trainée, s'accroîtra encore par la déflagration du second amas de poudre et que l'effet total ne sera qu'un multiple de l'effet premier. C'est ce que nous supposons se produire dans la substance nerveuse, fibres et ganglions, nerfs et centres ; cependant nous n'entendons pas pousser notre comparaison jusqu'aux centres perceptifs auxquels nous reconnaissons une énergie spécifique dont l'effet mystérieux oppose une barrière infranchissable aux déductions humaines. Toutefois examinons ce qui adviendrait si les nerfs ne portaient au cerveau, ou plutôt aux centres de perception que des mouvements thermo-électriques ; quelles perceptions, quelles sensations pourrait-il en résulter ? Un examen un peu sérieux fera bientôt voir que ces sensations seront des sensations de contact, des sensations thermiques et des sensations électriques. Nul doute pour ces deux dernières catégories; mais pour la première

quelques explications sont peut-être utiles. Un corps en mouvement est animé d'une certaine vitesse qui se communique aux autres corps qu'il rencontre, et cela en déterminant ou un choc violent, ou tous les autres degrés de contact jusqu'au simple attouchement. D'un autre côté, le mouvement d'un corps peut être ou régulier ou irrégulier et produire au contact avec un autre corps ou une poussée, une pression ou des secousses. Supposons maintenant que des corps ainsi animés de mouvements à vitesse et à rythme divers, soient ou arrivent en contact avec les extrémités périphériques des nerfs sensibles ; que se passera-t-il ? Un phénomène tout simple, tout compréhensible et dont les analogues foisonnent dans la nature : la matière nerveuse s'appropriera le mouvement du corps avec lequel elle se trouve en contact et selon la vitesse ou le rythme de ce mouvement, il y aura des sensations de contact violent, de choc, de chatouillement, de frémissement, etc., enfin, toutes les variétés de contact possibles.

Voilà donc trois catégories de sensations que n'importe quel nerf pourra charrier à l'encéphale, que la généralité des nerfs pourra conduire aux centres perceptifs. C'est un point qu'il nous suffira de noter d'une manière toute expresse, parce qu'il forme pour ainsi dire la base sur laquelle repose l'idée qui a présidé à ce travail.

Pour le moment, nous sommes obligé de faire un pas en arrière, afin d'examiner non plus le mouvement intrinsèque qui se développe dans le tissu nerveux, mais les causes qui le déterminent d'ordinaire, ou en d'autres termes, les impressions faites aux extrémités des fibres sensibles par les agents qui leur sont extérieurs.

CHAPITRE TROISIÈME.

DES CAUSES D'EXCITATION DU MOUVEMENT NERVEUX.

Les causes qui provoquent l'activité nerveuse ont déjà été

mentionnées précédemment; ce sont, d'une part, la force autochthone développée dans les cellules nerveuses, et, de l'autre, les excitations reçues aux extrémités des fibres centripètes par suite de l'influence des agents extérieurs, ou plus strictement, par l'action et les propriétés de la matière en contact avec les extrémités nerveuses.

Les actes par lesquels la matière se révèle sont de deux espèces, ou simples ou complexes; le phénomène naturel le plus simple et par conséquent le phénomène primordial est, avons-nous déjà dit, le *mouvement*; mais, avons-nous ajouté, le mouvement est intimement lié à la production de chaleur et d'électricité, d'où nous pouvons déduire que la manière essentielle par laquelle la matière se dévoile à nos sens est un acte, un *mouvement thermo-électrique*. Il y a donc identité entre les manifestations de la matière, qu'elle soit matière nerveuse ou autre; ce qui est tout simple, puisque la matière organique animale n'est en dernière analyse que de la *matière* pure et simple, identique en substance à la matière organique végétale, et même à la matière inorganique. Aussi, peut-on affirmer que la matière ne se manifestant à nous que par les forces dont elle est le substratum, ne peut être pour nous que mouvement, chaleur, électricité, simultanément, quoique possédant ces attributs à des puissances diverses. Mais, dira-t-on, il n'y a pas que ces forces qui trahissent l'existence de la matière? Non évidemment, il y a encore la lumière, le son et les attributs chimiques, mais ces phénomènes relèvent aussi des trois propriétés essentielles de la matière; ainsi la lumière n'est autre qu'un mouvement thermo-électrique se développant dans des conditions *spéciales, accidentelles*; de même du son, et des propriétés chimiques des corps odorants et sapides.

Aussi considérons-nous la lumière, le son, l'odeur et la saveur comme des attributs tout à fait spéciaux et passagers de la matière, et la nature nous force bien à les envisager

ainsi, puisque pour les faire apprécier, pour les faire percevoir, elle s'est servie d'agents spéciaux qui sont les organes des sens proprement dits.

On s'étonnera peut-être que nous ne fassions pas mention du *toucher*; mais la raison en est facile à comprendre quoique paradoxale en apparence : le toucher comme sens déterminé, n'existe pas, et nous verrons dans la suite qu'une sensation simple du toucher, comme celle qui résulte du fait de promener un doigt sur une table, est en réalité une masse complexe de sensations simples de contact et d'action musculaire, auxquelles viennent se joindre une série d'idées et de jugements actuels et de souvenirs.

Les conclusions que nous pouvons déjà tirer des considérations précédentes sont fort importantes pour le sujet qui nous occupe, car si, d'une part, nous avons constaté à la fin du chapitre précédent que la *généralité* des nerfs de l'organisme étaient le siège d'une activité résumée par ces mots : *mouvement, chaleur, électricité*, nous venons de voir que ces trois attributs sont également essentiels à la *généralité* des phénomènes naturels; ce qui nous autorise à dire que les sensations qui en résulteront seront des sensations *générales*. Le terme est en effet parfaitement justifié puisque les causes qui détermineront ces sensations seront communes à presque tous les phénomènes naturels et que presque tous les nerfs de l'organisme seront aptes à en subir l'influence et à la propager jusqu'aux centres perceptifs.

Désormais donc en prononçant le mot sensations ou sensibilité générale, nous n'énoncerons plus un terme conventionnel éveillant pour celui-ci telle idée et pour celui-là telle autre; mais nous saurons au contraire, sans la moindre indécision, ce qu'il entend signifier, parce que nous serons parti d'une base solide, d'une base scientifique et non plus arbitraire.

- Cependant quelques mots d'explication sont encore né-

cessaires pour écarter certaines objections, pour lever certaines difficultés apparentes.

La première est relative à la spécificité des nerfs des sens proprement dits, et à la spécificité des causes qui les excitent. D'après la théorie que nous essayons de faire prévaloir, pour que la sensation lumineuse se produise, il faut que le nerf optique soit le siège d'une activité aboutissant toujours à la production d'une sensation lumineuse ? effectivement, l'on sait que n'importe quelle excitation portée sur ce nerf sera toujours perçue comme sensation de lumière ; et il en est de même pour les nerfs des autres sens. Ce qui est plus remarquable encore et ce qui corrobore notre manière de voir, c'est que le nerf optique ne peut pas plus s'identifier un mouvement thermo-électrique simple qu'un nerf de sensibilité générale ne pourra faire percevoir une sensation lumineuse par le centre auquel il aboutit ; mais ce dernier nerf, ce nerf de sensibilité générale s'assimilera parfaitement, en revanche, ce qui dans la lumière est chaleur et électricité. Ce fait est vulgaire ; un rayon solaire perçu comme lumière par l'œil, l'est comme chaleur par la peau.

La seconde objection est plus sérieuse : On sait que la matière répandue dans le milieu cosmique est sans cesse en mouvement ; on pressent en outre que la matière animale doit être également le siège de modifications incessantes produites par les phénomènes physico-chimiques d'assimilation et de désassimilation, et, s'il en est ainsi, n'y a-t-il pas des causes permanentes d'activité nerveuse aussi bien pour les nerfs de sensibilité générale que spéciale ? En effet, les phénomènes continus qui se passent dans le milieu cosmique ou dans l'organisme sont nécessairement, s'ils sont simples, de nature thermo-électrique et deviennent ainsi des causes incessantes d'excitations pour le système de sensibilité générale, et de plus la matière, la substance nerveuse elle-même soumise comme le reste de l'or-

ganisme aux lois de l'évolution nutritive, sera constamment animée d'un mouvement thermo-électrique ; et comme conséquence inévitable, nous devons ressentir constamment des sensations de contact, de chaleur et d'électricité. Et de fait nous les ressentons ; mais comme ces phénomènes sont constants, réguliers, ne présentant guère de différence entre eux, la conscience n'en est que faiblement avertie. Nous verrons du reste plus tard que le sentiment de l'individualité repose entièrement sur l'existence de ces petites et multiples sensations.

Quant aux nerfs spéciaux, il paraîtra difficile sinon impossible de se figurer qu'ils soient en état d'activité constante, quoique cependant, ayant admis qu'une excitation quelconque portée sur le nerf optique, pour continuer l'exemple que nous avons déjà pris, détermine toujours une sensation lumineuse, nous sommes bien forcé de reconnaître que les modifications nutritives du tissu du nerf optique, celles des tissus voisins devront déterminer des ébranlements qui se traduiront par des sensations lumineuses. C'est ce que nous admettons en effet, tout en réclamant pour ces sensations visuelles (ou auditives, ou gustatives, ou olfactives) le bénéfice invoqué pour les sensations générales constantes, à savoir qu'elles laissent la conscience assez indifférente, pour les mêmes motifs que nous avons énoncés plus haut. Nous pourrions peut-être ajouter, pour faire valoir ces derniers motifs, que les sensations constantes provoquées par l'activité permanente des nerfs spéciaux, doivent être d'autant plus indifférentes à la conscience qu'il est généralement admis que les causes d'excitation ordinaire de ces nerfs sont intermittentes ou mieux rémittentes.

Mais cet argument serait illusoire et ruinerait plutôt qu'il n'appuierait notre théorie ; car il est prouvé que l'excitant lumière, l'excitant son, l'excitant saveur et l'excitant odeur persistent dans la nature, dans le milieu où nous vivons.

avec autant de régularité et de constance que les excitants chaleur et électricité. En effet, les termes obscurité, silence, insipidité, etc., expriment seulement des idées de rapport de différence, de corrélation ; car en réalité il n'y a pas de moment, ni de lieu où règne une obscurité complète ; et faut-il citer l'exemple de ce prisonnier, qui plongé pendant des années dans un cachot où la lumière n'arrivait jamais, était parvenu à distinguer les moindres détails du tombeau où la cruauté des hommes le retenait captif. Ou trouve-t-on le silence ? quel corps est réellement inodore ? Enfin n'avons-nous pas constamment des saveurs dans la bouche ?

Nous n'ignorons toutefois pas où nous conduit la voie que nous suivons ; car en affirmant ainsi la permanence des sensations, générales et spéciales, en les atténuant même le plus possible, nous n'en avons pas moins supposé comme condition préalable et nécessaire de leur existence, la permanence des causes et la permanence de l'activité nerveuse, ce qui nous mettra probablement dans l'impossibilité d'expliquer le mécanisme des sensations ayant un certain degré d'acuité, et de retentissement dans la conscience. On verra dans le chapitre suivant que cette difficulté est plus apparente que réelle, et qu'au contraire, ce *fond sensible* est indispensable à la conception des sensations proprement dites.

CHAPITRE QUATRIÈME.

DES SENSATIONS.

Nous pouvons considérer comme suffisamment démontré par les développements qui précèdent, qu'il y a pendant la vie des sources intarissables d'excitation pour le système nerveux, puisque sans compter les évolutions qui se passent dans l'intimité des tissus, l'homme se trouve placé au mi-

lieu d'un monde qui palpite comme lui de vibrations continues et de frémissements infinis.

Ces excitations rendent compte de l'activité continue du système nerveux, mais il ne faut pas négliger cette cause intime qui se trouve dans le tissu nerveux, et qui, à elle seule, suffirait à justifier et son état d'activité permanente, et l'existence de ces petites sensations si faibles, si familières ou si incapables de s'associer aux idées, que c'est à peine si nous en avons conscience.

Il ressort aussi des considérations développées dans les chapitres précédents que les propriétés des corps en contact avec nos fibres nerveuses, se réduisent en somme au pouvoir de provoquer des sensations. Or, comme une sensation est pour la plupart des psychologues l'état d'activité d'une partie du système nerveux située dans l'encéphale, il s'ensuit que théoriquement, on a pu avancer que la sensation dépend uniquement de l'énergie spécifique de ce centre, et qu'on peut faire abstraction des phénomènes du dehors ou des événements intérieurs du corps vivant, ainsi que l'état du nerf aboutissant à un centre, car il suffit que ce centre entre en activité spontanément pour que la sensation se produise. Cette manière de considérer les centres perceptifs comme de simples timbres qui donnent leur note sous n'importe quel choc, nous a toujours paru d'autant plus embarrassante à comprendre, que les auteurs qui arrivent à cette conclusion commencent invariablement par vous dépeindre sous des couleurs saisissantes l'admirable correspondance établie entre nos idées, nos sensations, nos états de conscience, c'est-à-dire notre monde interne, et le monde externe. Or, cette correspondance, cet accord ne peut exister ou n'est que le fait du hasard, s'il n'y a pas de lien nécessaire entre le monde extérieur et notre for intérieur. Parcourez les ouvrages de MM. Littré, Herbert Spencer, Bain et Taine, tous s'accorderont à vous dire que c'est dans le monde matériel qu'il faut chercher la raison dernière de la nature

de nos pensées, de leur ordre et de leur liaison; ils ajouteront que dans la nature rien n'est isolé, que tout s'enchaîne, que chaque phénomène découle de ceux qui précèdent et contient en germe ceux qui suivent, que toutes choses sont causées ou causantes, qu'en un mot, il n'y a que des transitions; ce qui ne les empêchera nullement de se contredire en affirmant que le genre de sensation dépend des caractères du centre nerveux, ou de la façon dont le trouble moléculaire est amené au centre nerveux, ou des deux et que par suite, il devient inconcevable qu'il y ait une ressemblance quelconque entre l'état subjectif et la cause qui l'éveille par l'intermédiaire de changements qui ne ressemblent ni à l'un ni à l'autre (1).

En effet, il serait inconcevable qu'une sensation se répât identiquement la même pour nous et pour tous ceux qui se trouvent dans les mêmes conditions, c'est-à-dire qu'il y eût concordance complète entre la cause extérieure et l'effet produit, sans qu'il y eût une condition intermédiaire participant de la cause et de l'effet. Aussi, une telle lacune, un tel hiatus n'existe pas et nous avons démontré que pour les sensations de contact, de chaleur et d'électricité, sensations que nous avons qualifiées de *générales*, il y avait concordance complète entre les phénomènes extra-nerveux qui leur servent de causes, le phénomène intra-nerveux qui sert d'intermédiaire et la perception qui en résultait. Aussi répudions-nous complètement l'idée émise par le savant psychologue anglais, que la sensation ne correspond en rien à son objet. Il est vrai qu'on nous oppose immédiatement les hallucinations comme devant ruiner radicalement notre opinion, tandis qu'elles la confirment au contraire! Ne permettent-elles pas de trouver dans l'état du tissu nerveux lui-même, la cause interne du phénomène devenu compréhensible?

(1) Herbert Spencer. *Psychologie*, p. 210.

sible, puisque cette cause interne est identique en qualité, *mais non en quantité*, au stimulus externe qui fait défaut?

Du reste à part quelques hardis localisateurs que l'idée du système pousse peut-être dans des voies où les physiologistes hésitent avec raison à les suivre, qui pourrait assigner une démarcation précise à ces centres? Ne voyons-nous pas au contraire abaisser leurs limites chaque jour, et dans une publication récente, M. Vulpian (1) n'a-t-il pas été amené à reconnaître que la moelle est douée d'un certain pouvoir perceptif.

Aussi n'hésitons-nous pas à affirmer notre conviction que la sensibilité n'est pas le monopole exclusif de telle partie déterminée du système nerveux, mais que cette propriété appartient à l'ensemble du système, et qu'une sensation n'est qu'un total composé de sensations élémentaires, dont les groupements deviennent successivement plus complexes à mesure qu'ils s'opèrent dans des régions plus élevées du système.

Ceci dit, examinons rapidement comment peut s'expliquer le mécanisme des sensations, en commençant par les sensations générales.

Nous avons admis que le tissu nerveux des nerfs de sensibilité générale était animé d'un mouvement vibratoire thermo-électrique; nous avons ensuite reconnu que la matière, dans sa manifestation la plus commune, la plus *générale*, était également le siège d'un mouvement thermo-électrique, et dès lors, il nous reste à chercher ce qui peut survenir quand un corps quelconque arrive en contact avec les cellules terminales des fibres sensibles. Ou bien le corps extérieur (et en disant extérieur nous n'entendons donner à ce terme qu'une valeur relative, en prenant le tissu nerveux comme point de comparaison; extra-nerveux rendrait peut-être mieux la chose); ou bien le corps extérieur sera

(1) *Dictionnaire encyclopédique*, II^e série, tome 8, page 547.

animé d'un mouvement, et aura une tension thermo-électrique semblable, en vitesse et en degré, à la vitesse du mouvement vibratoire des molécules nerveuses, et au degré de tension thermo-électrique développée par ce mouvement; ou bien il arrivera que ces conditions présenteront des différences. Or, si nous nous souvenons qu'il est acquis par les sciences physiques, que lorsque deux corps arrivent en contact, ils tendent à se mettre en équilibre de mouvement, de température et à combiner leurs électricités respectives, nous ne verrons aucune difficulté à admettre que le même phénomène se produira quand un corps extra-nerveux sera en contact avec la substance nerveuse. S'il y a similitude dans les conditions, le mouvement nerveux intrinsèque ne sera pas modifié; s'il y a différence, l'équilibre tendra à s'établir et il en résultera une interférence dans le mouvement nerveux, qui se propageant dans les fibres, parviendra jusqu'aux centres de perception en se multipliant de l'action propre des ganglions, et ainsi aura lieu la sensation, qui sera d'autant plus forte que sera prononcé l'écart entre l'état du corps extérieur et celui des nerfs sensibles.

Voilà pour les sensations générales de contact, de température et d'électricité; mais la théorie que nous émettons sera-t-elle jamais applicable aux sensations spéciales, et aux cas pathologiques?

Pour ce qui est des sensations spéciales, nous pourrions nous dispenser d'en aborder l'examen, puisqu'elles ne sont pas en cause dans ce travail; aussi nous bornerons-nous à rappeler les travaux d'Young, d'Helmholtz, de Corti; desquels il résulte que les nerfs spéciaux sont composés de faisceaux et de fibres, doués d'énergies particulières, et auxquels notre théorie serait applicable.

Cependant nous convenons que l'argument est faible en soi, et nous préférons remettre à plus tard le développement des motifs qui nous portent à croire que les sensations spéciales se produisent dans des conditions iden-

tiques à celles indiquées pour les sensations générales (1).

Quant aux hallucinations, elles nous paraissent se concilier avec notre théorie beaucoup mieux qu'avec toute autre : En effet, remarquons que ce qui constitue le critérium de l'état hallucinatoire c'est l'absence d'excitant extérieur, et que cette exception a été l'origine des théories que nous avons combattues. Or, du moment qu'il est prouvé que les variations imprimées au rythme normal et habituel de l'activité moléculaire des nerfs, sont les seules causes de sensations, on peut facilement comprendre que l'état des parties internes entourant les nerfs, puissent influencer le mode habituel de ceux-ci, et produire ainsi indirectement le résultat qui aurait été obtenu par la présence d'un objet extérieur.

Au surplus, la suite de cette étude nous fournira l'occasion de revenir sur plusieurs de ces points. Actuellement nous pouvons passer à des considérations moins abstraites sur la sensibilité générale, puisque nous avons suffisamment développé les prémisses de notre jugement sur elle.

(La suite au prochain numéro).

(1) On conçoit que nous ne puissions nous livrer ici à l'examen de ces questions, cela nous éloignerait des bornes assignées à ce travail; nous nous réservons d'en faire l'objet d'un travail spécial, où seront approfondies toutes les considérations qui n'ont qu'accessoirement trouvé place dans ce mémoire.

DE L'HYSTÉRIE CHEZ L'HOMME

Par M. le Dr Paul FABRE

médecin adjoint de l'asile de Vacluse (Seine-et-Oise),
membre correspondant de la Société médico-psychologique.

§ I.

J'apporte à la science la relation d'un cas d'hystérie avec délire démoniaque consécutif, chez l'homme. Cette névrose, que l'on a trop absolument considérée comme l'apanage exclusif de la femme, s'observe peu communément, il est vrai, chez les individus du sexe masculin. La rareté des faits cités par les auteurs explique la divergence d'opinions qui s'est établie dans les temps les plus reculés de l'histoire de la médecine et qui règne encore de nos jours, en ce qui concerne l'existence ou l'absence de cette affection chez l'homme.

La démonomanie accompagne fréquemment l'hystérie chez la femme et ces deux maladies réunies se présentent habituellement sous l'allure épidémique.

La relation de ces épidémies extraordinaires qui ont été observées de tout temps, mais plus particulièrement au moyen âge et qu'on voit encore quelquefois à l'époque actuelle, suffit pour le démontrer. On peut consulter à ce sujet, avec fruit, le remarquable ouvrage de M. Calmeil (1).

Esquirol a rapporté quelques cas sporadiques de démonomanie chez les femmes hystériques, sur lesquels nous aurons à revenir; mais je ne crois pas qu'on puisse trouver dans les ouvrages qui traitent de la folie démoniaque ou de

(1) *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire.* Paris, 1845.

l'hystérie un seul exemple dans lequel ces deux névroses existent simultanément chez l'homme.

L'observation qu'on va lire me paraît donc curieuse et intéressante à plus d'un titre. D'abord, elle est relative à une maladie très-rare chez l'homme, dont la plupart des cas déjà produits sont incomplètement décrits et ne présentent pas par conséquent tous les caractères d'une réelle authenticité. A ce point de vue elle peut contribuer à dissiper les doutes qui règnent encore dans l'esprit de certains pathologistes pour ce qui a rapport à la possibilité de voir se développer cette maladie chez les individus du sexe masculin. En second lieu, elle montre réunies chez un individu isolé deux névroses qui affectent ordinairement dans leur apparition chez la femme, la forme épidémique.

En faisant suivre cette observation de quelques réflexions qui m'ont été suggérées autant par l'étude de la question elle-même, que par l'examen du malade qui en fait l'objet et des symptômes notés chez lui, il me sera facile de signaler plus particulièrement les phénomènes remarquables qui me portent à la considérer comme typique.

Observation.

Colin, Joseph, tourneur en bois, âgé de 30 ans, est né à Nancy d'un père et d'une mère qui ont succombé tous deux à la phthisie pulmonaire; il est l'unique survivant de quatre enfants; l'un d'eux est mort d'hydrocéphale, le second par suite d'accident et le troisième, une fille, a été victime, au dire du malade, d'un sort qu'une femme de mauvaise vie lui aurait jeté et est morte ensorcelée. Cette allégation, qui donne tout d'abord la mesure du développement intellectuel de Colin, paraît avoir quelque relation avec certaines conceptions délirantes que ce malade a manifestées et dont il sera question plus loin. Son état de débilité mentale ne lui a pas permis d'apprendre beaucoup; il ne sait plus écrire et

lit avec peine, bien qu'il soit allé pendant sept ans à l'école ; son développement physique laisse aussi beaucoup à désirer.

D'une taille au-dessous de la moyenne, pâle et d'apparence débile, il présente en outre des signes stéthoscopiques évidents de tuberculose et d'anémie.

Son habitude extérieure mérite une courte description : ses pieds et ses orteils sont déformés, les jambes grêles, le tibia fortement incurvé en avant et très-saillant, mais les cuisses sont relativement grosses, le bassin large, les organes génitaux peu développés, la poitrine élargie à sa base, et les seins bourrés de tissu adipeux semblent plus volumineux que d'habitude. L'ensemble du tronc et des cuisses rappelle les formes féminines ; le timbre même de sa voix de soprano a quelque chose d'efféminé ; les poils sont rares ; il est à remarquer, du reste, que Colin a des appétits vénériens fort peu développés ; il avoue s'être livré assez fréquemment à la masturbation, mais il n'a approché que cinq ou six fois des femmes depuis qu'il est nubile.

Ces attouchements et des libations assez fréquentes de vin et d'eau-de-vie constituent les excès auxquels il s'est livré. Les derniers paraissent avoir provoqué chez lui à plusieurs reprises des troubles gastriques pour lesquels il a été traité une première fois à Meaux, ensuite à la Charité et enfin dans un hôpital de la rue de Sèvres où il entra le 24 février dernier.

Un symptôme qu'il a présenté dans ces divers établissements consiste en un crachotement que nous avons vu reparaître au début et pendant la durée des accidents relatés ci-après.

Peu de jours après sa sortie du dernier hospice, il est arrêté comme vagabond, conduit à la Préfecture de police et transféré de là à Ste-Anne en vertu d'un certificat de M. Faure, ainsi conçu :

Etat de stupeur, absence de sommeil, débilité extrême, agitation pendant la nuit, etc.

La note médicale du bureau d'examen de Ste-Anne délivrée par M. Magnan porte :

Est atteint de débilité mentale avec hallucinations et légère excitation, insomnie.

Transféré le 28 août à Vaucluse, le certificat immédiat le déclare atteint :

De débilité mentale avec tendances à l'excitation.

Pendant une durée de six jours à dater de son entrée dans l'établissement, Colin ne présente rien d'anormal ; il paraît triste, mais il mange, va et vient dans le préau sans manifester dans ses allures rien de bien saillant.

Le 3 septembre, il a, au dire du chef du quartier de l'infirmerie dans lequel il est placé, une première attaque de nerfs, qui dure environ dix minutes.

Le 5, deux attaques, l'une le matin et l'autre le soir, de quarante-cinq minutes chacune.

Le 9, une attaque de vingt-cinq minutes.

Le 10, quatre attaques d'environ dix minutes.

Le 16, au moment de la visite, Colin perd subitement connaissance et est pris de mouvements convulsifs, qui débutent par les membres inférieurs, gagnent bientôt tout le corps et dont l'intensité va croissant ; le malade se tord sur son lit, la face est grimaçante, les pupilles sont contractées. On note de l'analgésie des membres.

Mais au dessus du pubis, le moindre contact provoque des cris semblables à ceux d'un porc qu'on égorge. Lorsque l'accès est terminé, le malade dit avoir ressenti comme une boule qui montait des parties génitales vers la gorge. — Il était impossible de méconnaître le caractère hystérisforme de ces accidents ; le bromure de potassium était administré dès le début, la dose en fut augmentée.

Le 18, deux accès très-forts.

Le 21, deux accès très-forts ; il se plaint d'étouffement, a peur de mourir.

Le 24, un accès le matin avec aboiement au début et

mouvements convulsifs très-marqués dans les membres supérieurs; l'abdomen et les membres correspondants sont presque immobiles; deux attaques le soir.

Le 26, deux accès très-violents avec convulsions alternatives des membres abdominaux et des membres supérieurs, pas de perte de connaissance, hyperesthésie; le malade fait des efforts pour se débarrasser les voies aériennes et crachote continuellement.

Le 27, accès de quinze minutes.

Le 30, accès à sept heures du soir, très-violent.

Le 4^{er} octobre, Colin dit : Avant d'avoir des attaques, j'avais des douleurs d'estomac; aujourd'hui, ça me prend dans le ventre et dans la tête; ça me tape des coups, puis je n'y vois plus clair du tout; je vois des canards, des nuages, etc.

Le 2, un accès de 40 minutes; au début toux, puis aboiements et crachotements.

Le 3, cinq accès, dont un à la visite où je note séance tenante les particularités suivantes :

Le visage est grimaçant, la bouche ouverte, la langue se meut la pointe redressée; au bout d'une minute, la bouche se ferme, puis le malade se cramponne avec les mains aux bords de son lit et les membres inférieurs s'agitent de convulsions qui durent encore une minute; pendant une durée égale, les dents claquent, le malade crachote et rejette très-peu de salive; la sensibilité est intacte. Les mouvements convulsifs reparaissent au bout d'un court repos et se manifestent d'abord aux jambes, puis aux bras et enfin au tronc; le malade, toujours cramponné à son lit, se tient à genoux sur le matelas, secouant alternativement sa couche de chaque côté; il pousse quelques cris gutturaux, accuse des étouffements et des douleurs à la nuque, au nombril, etc.

Il se plaint de constipation et d'inappétence; administration d'un purgatif qui ne produit aucun effet.

Le 6, accès très-fort ; au début mouvements de va-et-vient du bassin analogues à ceux exécutés pendant l'acte du coït et notés dans les formes libidineuses de l'hystérie ; on n'a jamais observé ni érection, ni éjaculation, ni écoulement.

Le 7, accès continus de 5 heures du matin à 7 heures du soir.

Le 8, deux accès semblables à celui du jour précédent moins la durée ; le malade reste pendant quelques minutes la tête sur le lit, les jambes dirigées verticalement en haut ; puis il bondit et semble vouloir se précipiter. Il attribue ses accès à des douleurs qu'il éprouve dans le ventre et refuse de manger de crainte d'en provoquer de nouveaux.

Le 9, plus d'accès ; refus d'aliments, crachotements incessants.

Le 10, C... refuse sa potion et ses aliments, il crie toute la journée.

Le 14, l'agitation ne fait que s'accroître, il a des hallucinations de la vue et croit voir un homme sortir du sol pour le tuer ; c'est une fée couchée dans son lit ; ses doigts lui parlent.

Le 15, je note les particularités suivantes : Colin est à demi-assis sur son lit, la main droite à la hauteur de la face, les doigts agités de mouvements très-rapides ; l'un est le diable, l'autre sa mère, le troisième son père, le quatrième sa sœur, le cinquième le bon Dieu. Ses doigts lui parlent, il entend leur voix ; *le diable est venu l'arranger ; il l'a allongé ; il voulait en faire un géant ; on voit là les marques qu'il a laissées*, et le malade indique la peau du scrotum dont l'épiderme est enlevé par places ; *il lui a enlevé aussi la hernie* (Colin fait allusion à une induration remarquable des muscles de la paroi abdominale, que j'ai observée plus particulièrement au-dessus de leur insertion pubienne pendant la plupart des accès d'hystérie auxquels j'ai pu assister). Le diable lui parle, le menace ; *il a*

18,000 hommes dans le ventre ; ses jambes et ses pieds en sont pleins ; il en a avalé et il en urine ; il faut le conduire à l'université.

Le 16, l'agitation persiste ; le malade émet les mêmes idées délirantes, diaboliques, et manifeste les mêmes troubles de la sensibilité.

Le 19, l'idée de fée reparait ; il en voit une dans son lit.

Le 22, Colin a chanté pendant toute la nuit précédente ; les idées démoniaques ont disparu ; il reste un peu d'agitation qui va toutefois diminuant d'intensité.

Le 25, le calme est complet. Le malade se lève, ne manifeste aucune idée délirante ; on constate de l'abattement et une grande faiblesse musculaire.

Le 29, Colin est assez lucide pour me fournir les renseignements au moyen desquels j'ai pu relater quelques traits de son histoire et me donner en outre sur les sensations qu'il a éprouvées les détails suivants :

Jusqu'à l'âge de 20 ans, dit-il, à part la variole, je n'ai pas eu de maladies sérieuses ; pendant la dernière guerre, à Toulon, où j'étais en garnison, j'ai été gravement malade, mes jambes étaient enflées ; j'avais de l'eau dans le ventre ; il y a deux ans, à Meaux, j'ai éprouvé de violentes douleurs d'estomac, je crachais beaucoup, je ne dormais presque pas, je rêvais beaucoup, je voyais des choses effrayantes, des bêtes, des diables, des nuages noirs. Au début de mes accès, je ressentais d'abord une très-forte douleur dans le ventre et bientôt dans tout le corps, mais principalement à la gorge ; j'étouffais, je ne pouvais manger, la tête me faisait très-mal, je voyais encore des nuages noirs.

Quand on me touchait le ventre j'éprouvais une douleur atroce.

Plus tard, je croyais avoir le diable dans la tête, puis dans les mains et dans les pieds, il me parlait et j'entendais sa voix et aussi celle de Dieu et de mes parents ; je voyais

des éclairs, des flammes, je sentais l'odeur du soufre et il me semblait que j'en avalais lorsqu'on me donnait à boire ou à manger.

REMARQUES.— Il ne me semble pas nécessaire d'analyser l'un après l'autre tous les symptômes observés chez mon sujet et de les comparer à ceux qui sont indiqués par la plupart des nosographes, pour démontrer que l'hystérie est bien réellement l'affection dont il a été atteint; cette démonstration découle de la simple lecture de l'observation qui précède.

La névrose s'observe ici dans son expression la plus complète: perte partielle de connaissance, convulsions cloniques, spasmes, sensations de boule hystérique, hyperesthésie, analgésie, tous les phénomènes en un mot qui constituent les véritables attaques d'hystérie convulsive ont été notés dans l'espèce, et je suis conduit à penser avec notre savant collègue, M. Billod, que le diagnostic ne saurait être un instant douteux.

Presque tous les auteurs qui ont écrit dans ces derniers temps sur l'hystérie ont reproduit les opinions émises par Briquet et qui se trouvent si parfaitement exprimées dans son excellent ouvrage. Grisolle, Marcé, Axenfeld, Morel, et en général, les pathologistes, qui se sont occupés particulièrement des maladies des femmes, ont puisé plus ou moins largement dans ce remarquable travail, qui résume, du reste, tout ce que Louyer-Villermay, Georget, Beau, Brachet, Dubois d'Amiens, Landouzy et Gendrin, pour ne parler que des savants français du siècle, avaient publié de plus intéressant sur cette question. Le traité de Briquet me servira aussi de guide dans les appréciations qui vont suivre.

En ce qui concerne plus spécialement l'hystérie chez l'homme, les travaux et les mémoires sont rares; le plus récent est dû à la plume du Dr Breuillard, ex-interne de l'asile Ste-Anne, qui a réédité dans sa thèse inaugurale, avec

ceux qui lui sont propres, tous les faits d'hystérie chez l'homme publiés jusqu'à ce jour. Ce travail comprend trente observations dont il faut d'abord éliminer les trois faits fournis par M. Billod, parce que, suivant ce dernier, et je suis autorisé à le dire ici, ces faits appartiennent bien plus à l'épilepsie qu'à l'hystérie et doivent être considérés dès lors comme des exemples d'épilepsie hystérisiforme; ils ont d'ailleurs été publiés comme tels.

Je pourrais aussi critiquer quelques-uns des autres cas relatés dans ce travail, mais ce serait sortir des limites dans lesquelles je dois me renfermer pour ne pas donner trop d'extension à cette étude.

Après avoir étudié les causes prédisposantes de l'hystérie, Briquet résume son opinion sur cette matière, dans des conclusions dont je ne cite que celles qui paraissent avoir trait à mon sujet.

1° L'impressionnabilité augmentée de l'élément affectif du système nerveux constitue le fond de la prédisposition à l'hystérie.

2° L'hystérie est presque spéciale au sexe féminin, parce que chez lui il existe une prédominance de cet élément affectif.

3° Néanmoins l'hystérie peut exister chez l'homme, mais à la condition qu'il y aura chez lui la même prédominance.

4° On ne trouve pas dans l'appareil génital de la femme la raison de cette spécialité; on la trouve dans le mode de la sensibilité propre aux femmes.

5° Les passions et les affections morales tristes sont les seules qui prédisposent à l'hystérie.

Ces considérations, appuyées sur des faits bien caractérisés et bien observés, établissent donc d'une manière irréfutable l'existence de l'hystérie chez l'homme; le cas que je viens de relater en fournirait une nouvelle preuve, si cela était nécessaire.

Ce n'est pas, comme le dit avec raison Briquet, dans l'appareil génital de la femme qu'il faut chercher la source de l'hystérie, puisqu'on peut observer cette maladie chez l'homme, et que du reste; Grisolle, tout en disant que l'hystérie a son point de départ dans l'utérus et dans ses annexes, avoue avoir observé pendant plus de trois mois une fille de vingt-deux ans qui n'avait ni vagin ni utérus et qui cependant était tourmentée par des accès d'hystérie très-violents. L'adage de Louyer-Villermay : pas d'utérus, pas d'hystérie, n'a plus, en présence de ce dernier fait, aucune valeur.

La source de l'hystérie réside dans un mode d'être spécial de la sensibilité que l'on peut rencontrer tout aussi bien chez l'homme que chez la femme; très-souvent chez cette dernière, puisque d'après Sydenham la moitié des femmes sont affectées d'hystérie, et le cinquième est pris d'attaque; rarement, au contraire, chez les individus du sexe masculin, parmi lesquels ceux atteints d'hystérie constituent de très-rares exceptions.

Ce mode d'être spécial de la sensibilité consiste tout simplement dans une impressionnabilité extrême dont sont doués les hystériques des deux sexes.

Le malade dont nous avons raconté l'histoire est timide, crédule et très-impressionnable; il croit que sa sœur est morte victime d'un sort qu'une femme de mauvaise vie lui aurait jeté.

Parmi les faits publiés par M. Breuillard, le premier mérite d'être cité à ce point de vue.

Son caractère, dit-il en parlant d'un homme de lettres, qui fait le sujet de sa première observation, ressemble en beaucoup de points à celui de la femme : malgré son apparence extérieure qui est toute virile, M. X... aime à être dominé, il pleure et rit facilement selon les circonstances; les émotions ont sur lui la plus grande influence.

Les passions et les émotions morales tristes ont été ran-

gées également avec juste raison parmi les causes prédisposantes de l'hystérie, et sous ce rapport comme sous bien d'autres, le malade dont il s'agit ne sort pas de la loi commune; bien qu'il ait présenté quelques courtes périodes d'excitation, la dépression constitue son état habituel, la tristesse forme le fond de son caractère; il est non-seulement mélancolique, mais on peut le considérer jusqu'à un certain point comme hypochondriaque, ce qui est loin de s'accorder avec l'opinion de Landouzy, qui veut que l'hystérie soit l'antipode de l'hypochondrie.

Au nombre des causes déterminantes de cette névrose, les auteurs ont placé en première ligne les altérations qui ont leur siège dans les organes génitaux et les troubles des fonctions génitales.

On peut avoir déjà remarqué dans le portrait que j'ai tracé du malade dont il est ici question, que son organisation physique offre, au point de vue des formes, quelque ressemblance avec le type féminin. Ses organes génitaux sont peu développés, ses cuisses et son bassin offrent des contours arrondis qu'on ne rencontre pas chez l'homme amaigri; ses seins ne présentent pas cet état rudimentaire qu'on observe en général chez le sexe fort; le timbre de la voix est grêle, les poils sont rares, et comme complément de cette apparence féminine, ses appétits vénériens sont presque nuls; il faut noter cependant qu'il se livre à l'onanisme sans multiplier cependant avec beaucoup d'excès ses pratiques solitaires.

Depuis Platon, qui comparait la matrice à un animal (qui veut à toute fin concevoir et qui entre en fureur s'il ne conçoit pas), on a attribué une trop grande influence à la continence sur la production de l'hystérie; il est d'observation quotidienne, au contraire, que les femmes hystériques ne manifestent pas habituellement un penchant exagéré pour les plaisirs de l'amour et on a même remarqué que beaucoup d'entre elles sont stériles ou tout au moins peu fécon-

des et peu propres à la reproduction. Du côté des hommes, et le cas que je fournis n'est pas isolé, on doit noter la même indifférence en matière de rapports sexuels.

Si on rapproche les considérations qui précèdent de ce que j'ai dit plus haut touchant l'organisation morale des hystériques, on verra que les individus atteints de cette névrose offrent certaines analogies morales et physiques qui semblent les éloigner du sexe auquel ils appartiennent, pour les diriger pour ainsi dire vers un nouveau sexe dont la neutralité et une impressionnabilité exagérée formeraient les principaux attributs.

Après les organes génitaux, dit Briquet, vient l'estomac dont les troubles de fonctions et les lésions inflammatoires chroniques peuvent donner naissance aux accidents hystériques.

On conçoit facilement que des souffrances habituelles de cet organe puissent finir par influencer le cerveau ou par provoquer les réactions nerveuses qu'occasionne la souffrance. On comprendra que la digestion troublée provoque une diminution dans l'hématose, de là, dans la nutrition; et que la susceptibilité nerveuse en soit augmentée.

La chlorose est encore un de ces états généraux à la suite desquels on voit apparaître graduellement l'hystérie sans qu'il soit intervenu la moindre cause accidentelle générale.

En un mot, les longues maladies et toutes les causes qui en affaiblissant l'économie surexcitent le système nerveux, peuvent produire l'hystérie, et, dans le cas qui nous occupe, en outre d'un trouble ancien et permanent des fonctions digestives, il a été noté des symptômes évidents d'anémie et même de phthisie à laquelle le sujet paraît d'autant plus prédisposé que si on se le rappelle, son père et sa mère ont succombé tous deux à cette affection.

Je dois cependant signaler que Briquet nie l'influence de la tuberculose sur le développement de l'hystérie, et qu'il

paraît même porté à croire que l'une de ces deux affections exclut l'autre.

Je ne crois pas devoir entrer dans le développement des symptômes qu'on peut noter chez les hystériques, et qui ont été présentés par ce malade; il me suffira, je pense, d'en signaler les principaux, tels que : l'analgésie particulièrement observée sur les membres inférieurs, et parmi les diverses hyperesthésies : la cœlialgie, l'épigastralgie, la gastralgie, la céphalalgie, l'arthralgie, la myosalgie, et cette hyperesthésie laryngo-bronchique, qui provoque la toux hystérique et qui a été de la part de M. Lasègue le sujet de remarques si intéressantes dans les *Archives de médecine* de 1854. Parmi les troubles de la motilité et après les mouvements convulsifs les plus variés, celui qui m'a le plus frappé est cette contracture des muscles de la paroi abdominale dont l'exploration procurait la sensation d'un corps dur et arrondi et provoquait chez le malade des souffrances terribles qui se traduisaient par des cris que j'ai comparés, peut-être un peu trop trivialement, à ceux d'un porc qu'on égorge.

Les sécrétions et les excréments subissent quelquefois chez les hystériques des troubles divers; dans l'espèce, je n'ai rien observé de particulier du côté de l'appareil génito-urinaire, mais j'ai noté un crachotement presque continu déjà signalé par d'autres auteurs et qui s'explique, suivant moi, non pas par une abondance anormale de la sécrétion salivaire; mais bien par les efforts que font les malades pour débarrasser les voies aériennes de l'obstacle que les spasmes apportent à la respiration.

Le ptyalisme est en effet très-peu commun chez les hystériques, quoi qu'en dise Sydenham.

Au nombre des affections nerveuses qui peuvent compliquer l'hystérie ont été placées l'épilepsie, l'hypochondrie et l'aliénation mentale.

J'ai déjà parlé des faits de M. Billod qui constituent de véritables exemples d'épilepsie hystériforme; MM. Dumesnil et

Legrand-du-Saulle ont publié dans le numéro 39 de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, un cas d'hystéro-épilepsie, provoqué par la présence de larves dans les sinus frontaux chez une jeune fille de l'asile de Dijon, qui est venue naguère, si je ne me trompe, faire un séjour de quelques mois à Vaucuse pour une lypémanie avec prédominance d'idées religieuses et qui, par parenthèse, n'a présenté cette fois pendant la durée de son aliénation mentale ; aucun trouble hystérisiforme.

Je n'insisterai pas sur la possibilité qu'il y a de voir l'hypochondrie s'associer à l'hystérie ; malgré l'opinion de Landouzy, qui est partagée par Briquet, je persiste à croire avec Sydenham, Hoffmann et Louyer-Villermay, que ces deux affections sont capables de se compliquer ; le fait que je viens de produire en est la preuve chez l'homme, et j'ai eu à observer plusieurs fois des aliénées hystériques dont le délire s'alimentait d'idées hypochondriaques.

J'arrive maintenant à l'examen des rapports qui peuvent exister entre la folie et l'hystérie.

Les rapports de l'hystérie avec les troubles intellectuels qui constituent la folie sont de trois sortes :

1° Pendant l'accès convulsif, les malades sont souvent pris d'un délire passager.

2° La folie peut survenir chez un individu hystérique, reconnaître la névrose protéiforme comme cause déterminante et se présenter avec les diverses variétés de délire partiel ou général.

3° Enfin, dans un grand nombre de cas, les phénomènes hystériques et les troubles intellectuels qui les accompagnent se propagent de proche en proche et par imitation chez un certain nombre d'individus et constituent de véritables épidémies de folie caractérisée, au point de vue du délire, par la prédominance d'idées religieuses ou démoniaques.

Le délire s'observe assez fréquemment chez les hystériques. On le trouve, dit Briquet, dans deux circonstances dif-

férentes : le plus souvent il accompagne les autres formes d'attaques comme phénomène secondaire ; quelquefois au contraire, le délire est le fait dominant et constitue l'attaque. Le délire de l'hystérie a été comparé à celui de l'ivresse alcoolique ou chloroformique ; il est bruyant, très-agité.

Les attaques de délire qui peuvent constituer le fait dominant d'un accès d'hystérie sont très-rares, et les auteurs en fournissent très-peu d'exemples. Ces attaques, suivant Briquet, ont le plus ordinairement lieu chez des sujets jeunes et principalement sur ceux dont l'intelligence est fort avancée et dont l'imagination et l'impressionnabilité sont très-vives.

On a constaté que ce délire qui survient chez les hystériques pendant l'attaque, qu'il accompagne les phénomènes convulsifs ou qu'il les remplace, est presque toujours en rapport avec les objets ou les pensées qui occupaient habituellement le malade ou qui l'ont vivement frappé avant l'accès (Il faut le considérer, dit Marcé, comme une sorte de rêve). Quelquefois les facultés intellectuelles et sensoriales sont dans un état d'exaltation surprenant ; le langage prend une distinction et une élévation inaccoutumées, les sens présentent une prodigieuse finesse.

Dans tous les cas, ces troubles intellectuels sont symptomatiques de l'hystérie et n'ont qu'une durée passagère ; ils disparaissent habituellement avec les phénomènes convulsifs.

Dans le cas qui nous occupe on a vu apparaître d'abord des attaques convulsives, puis le délire remplacer les phénomènes convulsifs et enfin disparaître avec les autres symptômes hystériques.

§ II.

DE LA FOLIE HYSTÉRIQUE.

Les hystériques, dit Briquet, peuvent être affectées d'aliénation mentale, mais cette complication est peu fréquente et n'a généralement lieu que quand de grandes préoccupations d'esprit ou des chagrins prolongés sont venus ajouter de nouvelles perturbations à celles qui existaient déjà. Le trouble de l'intelligence qui se produit alors, a des formes qui ne sont pas celles des autres aliénations.

Esquirol envisage de la façon suivante, dans divers passages de son immortel ouvrage, les rapports qui peuvent exister entre l'hystérie et l'aliénation mentale.

« Presque toutes les folies (chez les femmes) se compliquent d'hystérie.

Les hystériques ont des accès de manie ; presque toutes sont hypochondriaques ; mais elles ne tombent pas dans la démence.

L'hystérie même prolongée ne détruit pas les facultés intellectuelles ; l'hystérie, l'hypochondrie dégénèrent et passent souvent à la folie, et dans beaucoup de cas elles n'en sont que le premier degré. »

La plupart des cas de délire démoniaque que relate Esquirol ont été observés chez des femmes hystériques ; il suffit pour s'en convaincre de relire son excellent chapitre sur la démonomanie.

Pour Marcé, la manie s'associe souvent à l'hystérie ; et le délire érotique, sans être constant, se présente dans ces cas avec une grande fréquence.

A part des nuances symptomatiques parmi lesquelles l'accès convulsif seul est caractéristique, la manie hystérique présente la même marche et la même terminaison que l'accès de manie ordinaire.

D'après ce même auteur, le délire général mélancolique

est rare, mais ce qui est infiniment plus commun, c'est le délire partiel avec ou sans hallucinations.

Quant à ce qui concerne le délire hypochondriaque associé à l'hystérie, il croit que cette complication, qu'il regarde comme peu fréquente, est toujours assez grave au point de vue du pronostic et indique une lésion profonde du système nerveux.

Guislain ne s'occupe que du délire qui accompagne transitoirement les attaques d'hystérie; il paraît avoir méconnu la folie hystérique.

Morel a fait une remarquable étude de l'influence que l'hystérie peut exercer sur le développement de l'aliénation mentale.

Après avoir fait pour ainsi dire assister le lecteur à la transformation morbide qui s'opère et à l'éclosion du délire hystérique, il termine son article par les lignes suivantes :

La durée prolongée de ces névroses (hystérie, hypochondrie, épilepsie) et l'aggravation de leurs symptômes ne tardent pas à amener dans la sphère des facultés intellectuelles et affectives des troubles qui, eux aussi, ont un cachet spécial en ce sens que la nature du délire et des actes reflète les caractères essentiels de la névrose principale.

Il faut dire aussi que ce même auteur, tout en admettant l'hystérie chez l'homme, ajoute qu'il ne lui a jamais été donné d'observer chez lui les transformations pathologiques ultérieures qui constituent la folie hystérique.

Pour lui, le délire qui caractérise la folie hystérique et sur la nature duquel il ne donne aucune indication, s'accompagne habituellement de phénomènes d'agitation.

M. Tardieu, dans un travail important sur la folie, étudiée au point de vue médico-légal, pense que l'hystérie, compliquée d'aliénation mentale, constitue une forme spéciale de la folie caractérisée, tantôt par un délire érotique et une grande agitation, tantôt par une incohérence d'idées et

de paroles et une loquacité extrême, ou par une mélancolie sombre, un besoin de solitude, des pleurs sans motifs, des plaintes et des chants langoureux. L'auteur s'est surtout attaché, dans cet article, à exposer les actes impulsifs qui peuvent être commis par les hystériques et à faire ressortir le degré de capacité, et la part de responsabilité qui leur appartiennent.

Je ne pousserai pas plus loin cet exposé des opinions émises par les divers auteurs sur la nature du délire et sur les manifestations de la folie hystérique.

Toutes les variétés du délire peuvent s'observer chez les aliénés hystériques. Le délire de persécutions, le délire hypochondriaque, le délire religieux, le délire démoniaque, le délire érotique, etc., ont été notés tour à tour.

Au point de vue de la marche de la folie, les uns sont agités, les autres sont déprimés, d'autres présentent des phases consécutives d'excitation et de dépression, d'autres enfin présentent des intervalles de calme, ou des périodes d'exacerbation.

Dans tous les cas, l'hystérie imprime à l'aliénation mentale un cachet tout particulier, qui sert bien vite à la faire reconnaître.

§ III.

FOLIE HYSTÉRIQUE ÉPIDÉMIQUE.

Lorsque la folie hystérique se développe parmi des individus exaltés par les pratiques religieuses, le mysticisme, le jeûne, etc., et prédisposés par une imagination impressionnable ou par des croyances surnaturelles, elle se propage rapidement, par imitation ou par contagion morale et donne lieu à l'une de ces étonnantes épidémies, si communes au moyen âge.

Ce n'est pas le cas ici d'entrer dans de longs détails sur les diverses épidémies d'hystérie démoniaque; qu'il nous suffise seulement de rappeler parmi les plus célèbres : celles

des moines de Cambrai (1494), des religieuses d'Uverter, de Brigitte, des filles de Nazareth, des Juives converties à Rome, des orphelins d'Amsterdam (1550-1553), des filles de Ste-Ursule à Aix (1644), des Ursulines de Loudun (1632), des religieuses de Louviers (1642), et des convulsionnaires du cimetière St-Médard (1732).

Presque de nos jours de pareilles épidémies ont régné : dans un couvent du département de la Somme et dans le pays Breton ; dans une vallée reculée de la Savoie, presque tous les habitants du village de Morzines ont été, pendant cinq ans, de 1857 à 1862, victimes d'une affection semblable, décrite par M. Constans (1).

Mais si je n'entreprends pas le récit des phénomènes qui ont été observés à chacune de ces époques, dans tous les pays et chez tous ces malades frappés de folie hystérique, il me sera permis de signaler que les idées de possession démoniaque ont toujours formé la base fondamentale du délire ; d'où les noms d'hystérie démoniaque, hystéro-démonopathie, démonopathie hystérique, qui ont été donnés à toutes ces épidémies.

§ IV.

TRAITEMENT.

Il n'entrait pas dans mon programme de m'occuper du traitement de l'hystérie ; cette question, qui est du reste développée d'une manière assez complète dans la plupart des ouvrages spéciaux, n'aurait certainement pas attiré mon attention, si je n'avais lu récemment dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* la relation d'une attaque d'hystérie chez un homme, traitée et guérie par la compression des testicules.

Le Dr Foet, qui a produit le fait dans le n° du 12 décembre dernier, se demande si, dans ce cas, on doit attribuer la

(1) *Relation sur une épidémie d'hystéro-démonopathie en 1861*, par le Dr Constans, inspecteur général du service des aliénés. Paris, 1863, chez. Delabaye.

disparition de l'attaque à la compression des testicules elle-même, ou à la douleur qu'elle provoque, et il paraît pencher pour la dernière hypothèse.

Chez le malade dont j'ai relaté l'histoire pathologique nous avons vu deux fois cesser l'attaque d'hystérie : une première fois en comprimant fortement la région carotidienne et par conséquent les nerfs qui se distribuent au larynx et en faisant, probablement sous l'influence de cette compression, cesser les spasmes ; une seconde fois, en agissant comme le Dr Foet, sur les testicules. L'interne de service ayant saisi les bourses pendant une attaque, le malade poussa un cri de douleur et les phénomènes convulsifs s'arrêtèrent instantanément.

Dans l'espèce, il ne me paraît pas rationnel de chercher dans la compression elle-même des testicules la cause de la disparition de l'attaque, parce que le testicule n'est aucunement le point de départ de l'hystérie ; ce phénomène s'explique parfaitement au contraire par une sorte de révulsion douloureuse provoquée par la compression de cet organe.

Dans le cas où l'attaque cesse sous l'influence de la compression de la région carotidienne, ce n'est pas à l'arrêt de la circulation, ainsi que cela arrive pour l'épilepsie, qu'il faut rapporter la terminaison des phénomènes convulsifs, mais bien, comme nous l'avons déjà dit, à l'action produite sur les nerfs de la région, qui se distribuent au larynx.

Au point de vue du traitement général, les insuccès du bromure de potassium s'expliquent souvent par l'inopportunité ou par l'insuffisance du moyen thérapeutique.

Le bromure peut rendre de réels services, mais à la condition d'être employé concurremment avec des agents propres à faire disparaître la cause probable de l'hystérie. Aussi, dans le cas dont nous avons parlé, nous a-t-il paru utile et nécessaire de nous adresser plus particulièrement à l'état anémique du sujet, et de combattre les troubles de la nutrition qu'il présente, au moyen de remèdes appropriés.

QUELQUES OBSERVATIONS
 POUR SERVIR A L'HISTOIRE
 DE LA
FOLIE PÉNITENTIAIRE

Par le **D^r A. HUREL**
 Médecin de la Maison centrale de Gaillon.

(*Suite et fin.*)

OBSERVATION X. — Lypémanie avec hallucinations et idées de persécution.

V... (Alfred), dit le Zouave, âgé de 28 ans, célibataire, sans instruction, maçon, est entré à la maison centrale, le 4 août 1869, pour y subir deux peines, l'une de deux années, et l'autre d'un an pour vol et rupture de ban.

Précédemment, il a subi six condamnations, dont une à plus d'un an pour vols, escroqueries, abus de confiance, coups et blessures.

Jusqu'à l'époque de son transfèrement à Evreux, qui eut lieu le 30 décembre 1874, il a été cité 32 fois au prétoire et la plupart du temps pour des infractions assez graves, telles que : refus de travail, impertinence, voies de fait, menaces, injures.

Jouissant d'une bonne constitution, il n'est venu à l'infirmerie que pour y être observé au point de vue de la folie et pour une petite vérole. Il a eu la syphilis.

Classé aux cordonniers, il ne pouvait vivre en bonne intelligence avec ses codétenus. Il était très-mauvais voisin, d'un caractère sombre et insupportable.

Il n'a jamais voulu travailler convenablement. Les remontrances étaient inutiles. Il faisait constamment des plaintes aux gardiens et aux surveillants, disant qu'on cherchait à le tuer, qu'il savait qu'on lui en voulait et que cependant il n'avait rien fait pour motiver une pareille rancune. Plusieurs fois, il alla trouver le gardien-chef pour lui demander d'aller en cellule; c'était toujours parce qu'il était poursuivi par l'idée qu'on voulait le tuer.

Souvent il parlait seul et faisait allusions aux poursuites qu'on dirigeait contre lui et aux pièges qu'on lui tendait.

Dans les rares moments où il parlait à ses compagnons d'infortune, c'était pour leur adresser des paroles sans portée et très-souvent il leur répétait : « N'est-ce pas que vous savez qu'on m'en veut ? »

Il a été soldat, engagé volontaire dans un régiment de zouaves. Un infirmier qui a été dans le même régiment que lui nous a dit que très-souvent il paraissait triste et que déjà il avait parfois des hallucinations.

Cet infirmier attribue la cause de cette mélancolie à des contrariétés que V... aurait eues dans ses rapports avec sa famille.

En arrivant dans la prison, il avait conçu l'espérance d'aller en Corse. Il ne se plaisait pas à Gaillon et il a toujours manifesté le désir d'être transféré ailleurs.

Pendant le temps qu'il fut placé en observation à l'infirmierie, on remarqua chez lui un état très-accentué de tristesse.

Il était taciturne et fuyait le regard des autres. Il gardait volontiers le lit toute la journée. Il fallait incessamment l'exciter pour le déterminer à se lever et à marcher.

Se promenait-il dans la salle, on le voyait absorbé par une idée fixe de nature triste qui semblait s'être surplantée dans son esprit. Elle paraissait le poursuivre sans cesse.

« Mon pauvre vieux, disait-il un jour à l'infirmier, c'est fini, je m'en vais exécuter les ordres qui me sont donnés, je vais rester couché et la mort viendra quand elle voudra, je n'irai pas loin. »

Il nous disait souvent qu'on le poursuivait, qu'il ne savait pas qui, mais qu'il le saurait peut-être quand il serait mort.

« Il y a quelque chose d'incompréhensible dans cette maison, nous disait-il, à un autre moment, je ne sais si c'est le diable ou le bon Dieu. »

Il a des hallucinations : il entend des voix, il voit des personnes.

Pendant deux jours il a refusé des aliments disant qu'il n'avait pas besoin de manger puisqu'il n'avait plus que quelques jours à vivre. Son sommeil était presque nul et très-souvent agité.

Par instants, il causait avec ses camarades ; il commençait des phrases entrecoupées qui laissaient sa pensée en suspens.

Parfois il paraissait se réveiller, revenir à la vie extérieure, en conservant toutefois ses idées mélancoliques; et au bout de plusieurs jours, il retombait dans son état de tristesse et recherchait la solitude.

On s'est aperçu qu'il se livrait à l'onanisme.

Après la guérison de sa petite vérole il fut placé à l'atelier du repos; il parut calme pendant quelque temps, mais bientôt il revint à son état primitif.

Il passait sa journée à se promener de long en large; il interrompait parfois sa promenade pour se reposer; il était absorbé et parlait à voix basse.

Ses camarades le craignaient et enduraient toutes sortes de sottises de sa part, préférant le laisser faire que de s'exposer à quelque acte de brutalité.

Il n'avait pas les nuits calmes; il voyait toujours des fantômes qui voulaient le tuer. Il parlait beaucoup et empêchait ses voisins de dormir.

Peu de temps avant son transfèrement à Evreux, un jour sans avoir été provoqué, il s'était livré à des actes de violence sur un de ses codétenus.

Ces violences n'eurent pas de gravité, mais pouvaient donner des inquiétudes pour l'avenir. Aussi le mit-on à l'isolement dans une cellule.

Lorsqu'on allait l'y voir et qu'on lui demandait comment il se portait, il répondait presque invariablement: « C'est toujours la même chose, on m'embête. Vous savez aussi bien que moi ce qu'il y a. J'entends des voix qui m'appellent. Il y a quelque chose de drôle ici. »

La nuit il parlait souvent et paraissait répondre aux voix qu'il entendait.

A l'asile d'Evreux, il recherche également la solitude, il paraît sombre taciturne, et fuit la société des autres. Il est aussi sous l'influence des hallucinations, se croyant toujours poursuivi et entendant des voix qui le poussent au mal.

MM. les docteurs Védie et Broc n'ont fait que confirmer notre diagnostic et le regardent comme étant atteint de lypémanie avec hallucinations. Entendant des voix qui lui parlent et le sollicitent au mal, de là ses tendances et ses méfaits. Il est considéré comme dangereux et exigeant beaucoup de surveillance.

Il est encore à l'asile au compte du département: triste, incapable de se conduire lui-même; il marche vers la démence.

Remarques. — V....., comme nous l'avons indiqué, d'après les renseignements fournis par un détenu qui l'a connu au régiment, était mélancolique avant sa condamnation. C'est là, selon nous, un fait très-important à noter.

La privation de la liberté, ajoutée à l'ennui de ne pouvoir quitter Gaillon pour aller en Corse, n'a fait certainement qu'augmenter les tendances mélancoliques qu'il avait déjà manifestées au régiment à la suite de contrariétés de famille. De plus, l'abus des plaisirs solitaires n'a pu qu'aggraver cette disposition très-marquée à la mélancolie.

Peut-on dire que l'emprisonnement est la cause de la folie? Nous ne le croyons pas, il n'a pu que favoriser son développement.

Si V..... n'avait pas été déjà fortement prédisposé, l'emprisonnement par sa seule influence, ne l'aurait certainement pas amené au trouble mental qui a motivé son transfèrement à l'asile d'Evreux.

OBSERVATION XI. — Démence paralytique.

M... (Auguste), âgé de 49 ans, veuf avec deux enfants, sans moyens d'existence, ayant exercé la profession de carrier, entre à la maison centrale le 23 juin 1870, condamné à 43 mois de prison pour vols d'objets mobiliers. Il ne sait ni lire ni écrire.

Il avait subi antérieurement six condamnations : 8 ans de travaux forcés et 5 ans de prison pour vols et quatre autres condamnations au-dessous d'un an.

A son arrivée dans la prison il offre des symptômes de paralysie générale. Il avait de l'embarras de la parole, de la lenteur de conception, de la perte de la mémoire. Quand on l'interrogeait, il répondait quelquefois juste à certaines questions, mais il ne pouvait souvent rien dire et répondait alors après un certain temps et avec lenteur : « je ne sais pas. » Vu son état intellectuel, on le plaça aux vieillards. Comme il était très-calme et à cause des événements politiques, on ne demanda son transfèrement dans un asile d'aliénés que pour l'époque de sa libération.

Il fut transféré à Evreux le 19 juillet 1874. Il était alors arrivé à une période avancée de la démence paralytique. Il mourut le 40 octobre, asphyxié par le passage du bol alimentaire dans la trachée.

Remarques. — Cette observation doit être rapprochée de la sixième.

Ce détenu était atteint de paralysie générale à l'époque de son entrée à la maison centrale.

Nous ne savons pas s'il a donné des signes d'aliénation mentale avant son arrestation. Il n'a pas pu nous fournir de renseignements sur sa famille et n'a jamais reçu de nouvelles de ses enfants pendant son séjour à la prison.

On sait qu'il était sans aucune espèce de fortune.

La vie de misère et de désordre qu'il a menée ont dû avoir la plus fâcheuse influence sur son esprit.

OBSERVATION XII. — Lypémanie. — Démence consécutive avec idées de grandeur.

R... (Jean), âgé de 44 ans, ne sachant ni lire ni écrire, a été condamné le 16 février 1872 à 46 mois de prison pour vol et est entré à Gaillon le 20 mars ; il exerçait au dehors la profession de terrassier.

Il avait antérieurement subi cinq condamnations au-dessous d'un an, pour vols.

A son arrivée dans la maison centrale, il a été classé aux peaussiers. Il a toujours joui d'une bonne santé. Ses parents sont morts du choléra.

Un de ses codétenus qui l'a connu en liberté, nous apprend qu'il travaillait bien, qu'il paraissait intelligent, mais qu'il buvait beaucoup de vin. On l'aurait souvent trouvé presque ivre-mort.

Ces renseignements nous ont été confirmés par un entrepreneur de travaux qui l'a connu. A l'atelier, il cadrait et tirait les peaux, travail très-facile.

Dans les derniers temps, il restait quelquefois une partie de la journée sans travailler. Si on lui faisait des observations, il les accueillait fort mal.

Parfois, il faisait la conversation avec des personnes absentes et avec lesquelles il paraissait avoir été dans l'intimité.

Le 2 octobre, il est placé en observation à l'infirmerie, il avait d'abord été mis en cellule. Dans sa cellule, il bouchait les petites fentes de la cloison avec de la mie de pain pour ne pas être vu par les curieux et par ceux qui lui veulent du mal.

Il ne comprenait pas qu'on le retint : il doit sortir ; M. le préfet a donné des ordres pour son départ ; ses parents sont ici ; il leur a causé et ils viennent le délivrer des mains de gens qui lui veulent du mal par jalousie. Il se croit persécuté.

Nous-même nous avons fait mettre de la poudre dans sa soupe pour l'empoisonner ; aussi, pendant deux jours, a-t-il refusé de la manger.

Il est entouré d'ennemis. La nuit, il voit des fantômes qui menacent de le tuer.

Le soir avant de se coucher, on le voit fréquemment regarder sous son lit ou en soulever les matelas, croyant que ses ennemis y sont cachés. Tout en se livrant à ces perquisitions, il parle beaucoup et on l'entend injurier ceux qu'il croit voir près de lui.

Peu de jours après son transfèrement à Evreux, on le vit après son déjeuner, bouleverser tout à coup son lit et prendre un balai pour frapper un ennemi qu'il croyait caché dans sa paille.

Dans les derniers temps de son séjour à la maison centrale, il devenait parfois agité.

Il lui arriva même quelquefois de nous injurier prétendant qu'il était retenu à Gaillon par notre ordre ; il demandait alors à voir les instructions qui nous avaient été données pour agir ainsi à son égard.

On le transfère à l'asile d'Evreux le 28 octobre. Dans cet établissement il est calme et recherche la solitude, ne cause à personne.

Il a également des hallucinations ; on le surprend aussi regardant sous son lit pour s'assurer qu'il n'y a personne de caché.

Il manifeste des idées de grandeur. Il est l'homme le plus riche de la terre. Il a un diamant au bout de chaque cheveux, il en a surtout de magnifiques sur la poitrine, au nombre de quatre de chaque côté. Ces diamants sont sur ses habits. Quand il change de vêtements les diamants changent aussi de manière à se trouver toujours sur lui.

Au moment de son arrivée à l'asile, il est considéré par

M. le docteur Védie et par nous comme atteint de lypémanie avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, et idées de persécution.

M. Le docteur Broc, dans le bulletin trimestriel du 15 janvier 1873, le considère comme atteint de démence avec idées de grandeur.

Profitant d'un moment d'occupation des gardiens de son quartier et de l'obscurité du soir il s'évade le 17 janvier 1873.

Repris à Nogent-sur-Seine, il est ramené à Evreux le 24 février.

Depuis son retour, il est tel qu'il était avant son évasion. Pas de paralysie générale.

Le 3 juin 1874, il a été transféré à l'asile de la Charité (Nièvre).

Remarques. — Cette observation nous montre la démence avec idées de grandeur faire suite à la lypémanie.

Chez le détenu qui en est l'objet, l'abus de l'alcool peut être considéré comme cause prédisposante.

L'emprisonnement, en venant apporter des modifications dans ses habitudes antérieures, a dû certainement exercer une influence corrélative très-marquée sur son physique et sur son moral et le conduire à la folie.

Il faut bien aussi admettre une prédisposition individuelle, car nous voyons un certain nombre de détenus qui ont fait abus des liqueurs fortes et se trouvent dans les mêmes conditions; sans pour cela devenir aliénés.

OBSERVATION XIII. — Manie.

B... , âgé de 29 ans, célibataire, ayant exercé à Paris la profession de tailleur, a été condamné, le 29 mai 1873, à 15 mois de prison pour vol. Il est entré le 17 juin à la maison centrale, où il a été classé à l'atelier des tailleurs. Il sait lire et écrire.

Il avait déjà subi cinq condamnations pour vols, deux de un an et trois au-dessous.

Le 11 juillet, il est cité au prétoire et mis au cachot pour immoralité. Depuis cette époque, il n'a cessé de donner des signes de folie et chaque jour il devient de plus en plus agité.

Il déchire ses vêtements, les réduit en morceaux. Il déchire même la camisole de force qu'on a été obligé de lui mettre.

Il existe chez lui un délire maniaque avec idées de grandeur. Il s'y joint des idées érotiques.

Quelques détenus qui l'ont connu à Paris, prétendent qu'il avait des mœurs ignobles.

Il se dit femme. Il doit épouser le général F... Il est la belle Chipoteuse.

Il est B..., le délivreur de la France, le défenseur de la république.

Le premier siècle de B... Ernest 4^{or} va commencer. La France est tombée et lui seul est désigné par Dieu pour la sauver. Il doit envoyer des vers et des chansons à l'impression et plus tard il composera une grande poésie sur la religion. Il nous a dicté de ses chansons et des pages où règne un décousu en rapport avec ses idées délirantes.

Pendant la nuit il est plus agité que le jour. Parfois, il chante des chansons obscènes. Parfois, il appelle Dieu à son aide, parle à son bel ange qui doit lui apporter la clef pour aller se mettre à la tête des troupes et sauver la France. Il doit mettre 300,000 hommes sous les armes, et après l'organisation de son armée, il donnera les places disponibles à tous les citoyens français qui en feront la demande.

Il est transféré à l'asile d'Evreux le 4 août. Il y donne encore des signes très-accentués d'excitation maniaque.

Il est considéré par M. le docteur Broc, comme dangereux et pouvant mettre au service de sa volonté une adresse exceptionnelle. Il emploie les loisirs forcés de sa captivité à tenter des évasions.

Sous l'influence de l'isolement, d'un régime tonique et de bains presque journaliers, il guérit assez vite et est réintégré à Gaillon le 25 novembre 1873.

Trois jours avant sa libération, il donne des signes de dérangement intellectuel caractérisé d'abord par de l'excitation maniaque à laquelle succéda de la torpeur avec vagues dans les idées, embarras de la parole, hébétude. Il fut donc dirigé de nouveau sur l'asile d'Evreux.

Quelques jours après son arrivée, il présenta de l'excitation maniaque avec l'état fébrile notable, ce qui fit presque craindre chez lui le début d'une fièvre typhoïde insidieuse. Depuis son retour à Gaillon, jusqu'à l'avant-veille de sa libération (29 août 1874), il avait été très-calme, il avait même conservé un certain embonpoint, dû au régime de l'asile et n'avait paru qu'une fois au prétoire le 26 janvier, pour avoir été trouvé nanti de tabac.

Remarques. — Peut-on mettre le cas de manie aiguë de ce détenu sur le compte de la punition de cachot, méritée pour immoralité ?

La nature particulièrement nerveuse de B..... pourrait, jusqu'à un certain point, faire supposer que cette punition a pu agir sur son cerveau.

Pour nous, nous pensons que les excès de la débauche, la dégradation morale et intellectuelle produite par une existence licencieuse sont autant de causes qui ont favorisé la production de la folie.

Comme on l'a vu, il a été de nouveau transféré à Evreux pour aliénation mentale, survenue trois jours avant l'époque de sa libération.

Nous ne voulons pas dire que l'attente d'une liberté peu éloignée a pu ébranler son cerveau et le faire redevenir fou.

Mais nous ne saurions, à cette occasion, passer sous silence l'effet de cette attente sur le moral et sur la santé des détenus. C'est là un fait que nous avons été à même de constater plusieurs fois.

Nous avons vu des détenus devenir malades, être en proie à de la céphalalgie, à de l'insomnie, à de l'inappétence plusieurs jours avant leur libération.

OBSERVATION XIV. — Lypémanie avec hallucinations et idées de persécution.

Br..... (Jean-Louis), né à Bourgtheroulde (Eure), âgé de 26 ans, exerçait la profession de charretier.

Il ne sait ni lire ni écrire. Condamné le 6 mars 1873 à 3 ans de prison pour attentat à la pudeur, il est entré dans la maison centrale de Gaillon le 5 avril.

Il avait subi antérieurement une condamnation de 8 mois de prison pour vol.

Nous n'avons aucun renseignement sur sa famille et sur ses antécédents. Il a toujours joui d'une bonne santé.

Classé d'abord à l'atelier des brosses, il fut ensuite placé à celui des chaussons.

Depuis son arrivée dans cet atelier, on a remarqué qu'il

était triste. Il répondait à peine aux questions qu'on lui adressait.

Il était très-tranquille et travaillait peu.

A partir du 14 août, cet état de tristesse devint plus prononcé. Il ne répondait même plus aux observations qui lui étaient faites au sujet de son travail. Déjà il manifestait la crainte d'être empoisonné.

Le 18 août, il vint au prétoire pour demander l'autorisation d'écrire. A peine avait-il terminé l'exposé des motifs de sa demande, qu'il se mit à pleurer et à jeter son béret à terre, disant qu'il voulait mourir.

Le 21, il nous est signalé comme devant être atteint d'un dérangement intellectuel.

Placé ce même jour à l'infirmerie, nous l'avons observé et fait observer.

Pendant les deux premiers jours, il a présenté un peu d'excitation : il a voulu frapper l'infirmier.

Il a des idées de persécution : il a des ennemis qui le poursuivent.

Il a des hallucinations : il entend les voix de ses ennemis ; il veut un cheval pour les combattre.

Il a refusé quelquefois des aliments, disant qu'ils étaient empoisonnés. Il prétend que des odeurs fétides s'échappent de son corps.

Il fait souvent des efforts pour vomir un prétendu poison qui colore sa peau en jaune et cause la mauvaise odeur de son corps.

Il répond à grand peine aux questions qu'on lui pose. Avant de répondre il fixe pendant quelques instants la personne qui lui adresse la parole. Quelquefois il garde un silence obstiné, ou bien il paraît préoccupé de sa condamnation.

A deux ou trois reprises différentes, il a eu des idées ambitieuses. Un jour, il ne voulait pas qu'on lui ôtât ses vêtements parce qu'il est le procureur et qu'un procureur, selon lui, doit toujours porter le même pantalon.

Un autre jour, il voulait sortir pour se mettre à la tête de ses soldats qui se battent contre ses ennemis, parce qu'il est le Président de la France.

Une autre fois, il prétendait avoir tué tous ses ennemis par un miracle.

D'après les renseignements qui nous ont été fournis, il serait calme la nuit et paraîtrait dormir.

M. le docteur Broc, dans sa note du troisième trimestre de 1873, le considère comme lypémanique, se renfermant dans un mutisme presque absolu. On lui arrache à grand'peine quelques réponses. Il admet les hallucinations comme très-probables.

Dans la note du quatrième trimestre, il dit :

« Lypémanique, d'ordinaire sombre et quasi muet, mais sujet à des moments de frayeur, pendant lesquels il cherche à se cacher et contre lesquels il réagit souvent par des explosions de fureur excessivement dangereuse. »

Remarques. — Nous pensons pouvoir rapprocher cette observation de la quatrième.

Chez ce détenu, le chagrin ressenti par l'arrêt qui l'a frappé paraît également avoir été la cause de la folie. Il a paru dans la maison centrale, d'après les renseignements qui nous ont été fournis, préoccupé, à plusieurs reprises, de sa condamnation et c'est peu de temps après son arrivée à Gaillon qu'il a commencé à être triste.

Une remarque que nous ne devons pas omettre, c'est que ces deux détenus tous deux atteints de lypémanie avec hallucinations et idées de persécution, ont été condamnés pour attentat à la pudeur.

Ainsi dans ces deux cas : même forme d'aliénation mentale, même cause productrice, même motif de condamnation.

OBSERVATION XV. — Folie épileptique.

Au mois de septembre 1870, a été écroué à la maison centrale, le nommé Lar..... (Justin), garçon boucher, alors âgé de 24 ans, condamné à 5 ans de prison et à 4 mois pour vol de nuit et coups et blessures.

Il n'a aucune instruction.

Il avait antérieurement subi trois condamnations au-dessous d'un an pour les mêmes motifs.

A son arrivée dans la prison, il est noté épileptique, sa mère est morte à la suite d'une dysenterie et son père a succombé à une phthisie pulmonaire. Du reste, il est lui-même

d'une santé délicate, et a été deux fois admis à l'infirmerie pour affection pulmonaire.

Dans les premiers temps de son arrivée à Gaillon, ses attaques le prenaient à des intervalles assez éloignés.

Quelque temps avant son transfèrement à Evreux, qui eut lieu le 23 novembre 1873, il tombait une, deux, trois fois par semaine, et chaque fois qu'il était atteint les crises se répétaient trois ou quatre fois dans la même journée ; ces attaques étaient suivies d'une torpeur intellectuelle durant un certain temps.

Difficile à vivre, indisciplinable et dans l'impossibilité où il se trouvait, surtout dans ces derniers temps, d'avoir une occupation suivie, on fut obligé de le maintenir à l'isolement dans une cellule.

Depuis son entrée dans la maison centrale jusqu'à sa mise en cellule, il est venu 46 fois au prétoire pour mauvais travail, insultes, menaces et voies de fait. Il se faisait surtout remarquer par ses dispositions à la rébellion, toujours prêt à s'associer aux actes de violence de ses codétenus, lorsqu'il ne prenait pas lui-même l'initiative.

Querelleur, irascible, il y avait à craindre qu'il ne commît des actes de violence tout d'un coup et sans qu'on pût les prévenir. L'isolement dans un asile d'aliénés devenait nécessaire pour le détenu et pour la sûreté de la maison centrale.

A l'asile d'Evreux, il a aussi des attaques fréquentes suivies d'une torpeur intellectuelle de longue durée.

Il existe chez lui un affaiblissement constant des facultés intellectuelles et une tendance hypochondriaque, n'excluant pas du reste, comme le fait observer M. le docteur Broc, l'existence chez l'aliéné d'une santé physique délicate.

Remarque. — Cette observation n'a pas besoin de commentaires, on ne saurait attribuer ici une influence quelconque à l'emprisonnement.

Laver..., était épileptique avant son entrée dans la maison.

§ IV.

CONSIDÉRATIONS ET RÉSUMÉ

Tels sont les faits. Ils n'auraient pu que gagner à être plus complets, nous ne l'ignorons pas. Par exemple, il

aurait été utile d'avoir des renseignements au point de vue de l'hérédité.

Mais, il est difficile, pour ne pas dire impossible, à un médecin de maison centrale d'avoir des renseignements sur cette donnée.

Néanmoins, quelque incomplètes que pourront paraître ces observations, nous pensons qu'elles ne laisseront pas de fournir certains résultats intéressants et c'est ce qui nous a engagé à les publier.

Dans l'espace de 7 ans, 15 détenus ont donc été transférés de la maison centrale de Gaillon à l'asile d'Évreux.

Le tableau suivant indique par année le nombre de transférés avec la population moyenne correspondante.

ANNÉES.	CHIFFRE DE LA POPULATION.	NOMBRE DE DÉTENUS TRANSFÉRÉS.
1867	889	3
1868	990	2
1869	991	Néant.
1870	1.013	2
1871	796	4
1872	876	1
1873	1.006	3

En additionnant la population de toutes les années qui ont fourni des transférés et en ne tenant compte que des cas de folie bien constatés, on trouve 12 aliénés pour une population, de 5570, soit 2, 154 pour 1000.

Sur ces 15 détenus, 3 ont été indiqués comme ayant simulé la folie (obs. 1 — obs. 3 — obs. 8). Pour l'un de ces cas la simulation ne saurait être douteuse (obs. 1).

Pour les deux autres, tout en admettant la simulation de la folie, ainsi que l'a admise M. le docteur Védie, nous som-

mes porté à considérer leurs auteurs comme atteints au moral d'une sorte d'idiosyncrasie débile, maladive.

Du reste, la folie simulée est fréquente dans les prisons et nous avons eu, pour notre part, l'occasion de l'observer plusieurs fois.

En 1873, notamment, nous en avons observé deux cas.

L'un de ces deux cas s'est produit vers l'époque du transfèrement de B... (obs. 43.) à l'asile d'Evreux.

Il a eu pour auteur Champagne, mauvaise tête ; placé par punition dans une cellule voisine de celle où B... avait été mis, il avait pu entendre les cris, les chants de cet aliéné et surprendre quelques détails relatifs à sa folie. De là certainement lui vint l'idée de chercher à simuler la manie aiguë, forme de folie qui paraît la plus facile à imiter et qui tente plus spécialement les imposteurs.

L'autre simulateur, Durand, doué d'une certaine intelligence, vagabond, a passé une partie de son existence dans les prisons.

Avant son entrée dans la maison, il a subi vingt condamnations dont les deux plus fortes sont de 13 et 15 mois, pour vols, coups, braconnage. Condamné actuellement à 5 ans de prison pour rupture de ban, la durée de cette condamnation, toujours présente à son esprit, l'épouvante.

Il est le type de ces êtres qui ne savent, lorsqu'ils sont libres avoir une occupation suivie, et qui mènent machinalement leur existence, se laissant aller au hasard des circonstances pourvu qu'elles viennent favoriser leur unique désir de suffir, sans travail régulier, à tous les besoins de la vie, supportant souvent ainsi plus de privations et devant fournir plus d'efforts que ce travail régulier n'en exigerait. Il semble qu'ils aient voué un culte à la paresse, qu'ils en préfèrent les inconvénients aux attraits d'un travail suivi et aux avantages qu'il pourrait leur procurer.

Ces deux détenus espéraient qu'on se laisserait prendre à leurs supercheries.

Avec l'idée d'un transfèrement naissait chez eux, ainsi qu'ils l'ont avoué, la perspective d'une amélioration dans leur existence et surtout l'espoir de la fuite qui, chez les détenus, est toujours très-caressé et semble lié à la simulation de la folie.

Ce rêve s'est évanoui avec la certitude qu'ils ont dû avoir qu'on avait deviné leur pensée.

Les trois cas de folie simulée étant éliminés, il nous reste à examiner 42 cas où l'existence de l'aliénation mentale nous paraît établie d'une façon indubitable.

Si nous analysons ces 42 cas au point de vue de la nature de l'aliénation mentale nous avons :

Manie	3 cas ;
Lypémanie	3
Démence	3
Paralyse générale	2
Folie épileptique	4

L'épilepsie est une maladie qui est le triste apanage d'un certain nombre de détenus.

Ainsi, en 1873, nous en avons compté 17 cas.

On ne saurait trop appeler sur ces infortunés l'attention bienveillante de l'administration supérieure.

Si ces malheureux ne sont pas fous complètement, ils sont destinés à passer tout le temps de leur condamnation au milieu des autres détenus et à vivre de la vie commune. Difficiles à vivre, très-irritables, colériques, insupportables pour la plupart, ils sont un objet de trouble, et on doit bien souvent, par mesure de prudence et de discipline, les maintenir en cellule, quelquefois pendant presque toute la durée de leur peine.

Pour nous, nous proposerions de les mettre tous ensemble, de créer pour eux une petite section qui serait un appendice de l'infirmerie, comme on l'a fait par exemple pour les vieillards.

Quant à ceux qui seraient dangereux, ils doivent, d'après une circulaire du 24 septembre 1874, être transférés dans un quartier spécial de l'établissement annexe de la maison centrale qu'on installe en ce moment.

Si ces détenus épileptiques sont un objet de trouble pour nos maisons centrales, leur séjour dans un asile ordinaire n'offre pas moins d'inconvénients.

Pour venir à l'appui de ce que nous disons, nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici ce que dit M. le docteur A. Foville, dont la parole fait autorité (1) :

Après avoir parlé de l'inconvénient d'admettre les aliénés dits criminels dans les asiles ordinaires et après avoir rappelé le funeste accident arrivé, il y a quelques années, à Marseille, où trois infirmiers furent tués en quelques instants par des épileptiques venant du bagne de Toulon, il ajoute :

« Nous-même, dans un asile dont nous étions directeur-médecin, nous avons reçu un jour sept épileptiques évacués d'un seul coup d'une maison centrale. Leur présence au milieu de nos malades fut la source de tant de difficultés, de tant d'embarras, que nous dûmes nous adresser à l'autorité supérieure et faire réclamations sur réclamations pour obtenir qu'on nous débarrassât de ces hôtes indisciplinés et dangereux. Enfin, sur notre déclaration que nous nous attendions, d'un moment à l'autre, à une évasion que les conditions matérielles de l'asile ne nous permettaient pas d'empêcher à coup sûr, le ministre voulut bien autoriser leur réintégration dans la maison centrale.

La veille du jour où cette décision nous fut notifiée, trois de ces bandits, justifiant nos craintes, étaient parvenus à s'échapper, et d'importants délits commis dans les campagnes voisines ne tardèrent pas à y signaler leur présence. »

(1) *De la législation spéciale aux aliénés*, § 42. — aliénés dits criminels.

Pour ces épileptiques et pour les aliénés dits criminels, M. le docteur Foville pense que si la prison proprement dite ne leur convient pas, les asiles ordinaires ne sont pas davantage faits pour les recevoir.

« Il faudrait organiser à leur usage, dit-il, une sorte d'établissement mixte, intermédiaire entre l'asile et la prison ; le mieux serait peut-être, ainsi que l'administration supérieure paraît y avoir songé plus d'une fois, d'établir auprès de certains établissements pénitentiaires, un quartier spécial d'aliénés. »

Sur ces 12 détenus :

4 sont encore à l'asile d'Evreux (obs. 10, 13, 14, 15) ;

1 est sorti guéri et a été rendu à sa mère à la suite d'une remise de peine (obs. 4) ;

1 s'est évadé et, jusqu'à présent, on ne sait pas ce qu'il est devenu (obs. 9) ;

1 a été transféré à l'asile de la Charité (Nièvre) (obs. 12) ;

5 sont morts à l'asile ;

2 par le passage du bol alimentaire dans la trachée (obs. 2. obs. 11) ;

1 à la suite d'une pneumonie (obs. 5) ;

1 à la suite de marasme dû à la paralysie générale (obs. 6) ;

1 à la suite d'un étranglement herniaire à travers une ouverture anormale du diaphragme (obs. 7).

L'influence des professions nous a paru nulle ou à peu près nulle.

Notons l'absence complète d'instruction chez six détenus ; cinq savaient lire et écrire et un était instruit.

Si nous considérons l'influence de l'âge par rapport à la folie :

5	—	—	étaient âgés de 20 à 30 ans ;
2	—	—	30 à 40 » ;
4	—	—	40 à 50 » ;
et 1	—	—	était âgé de 66 ans.

Ce résultat est conforme à la règle générale.

Ainsi, d'après M. le docteur Lunier, l'aptitude à contracter la folie, très-faible avant 20 ans, augmente rapidement, chez l'homme, de 20 à 45 ans, pour diminuer plus lentement à partir de cet âge.

Chez nos détenus aliénés l'époque de la constatation a eu lieu ainsi qu'il suit :

A l'arrivée, dans deux cas (obs. 11, 6).

Le troisième jour de l'arrivée (obs. 7).

Un mois après l'arrivée, chez trois (obs. 5, 13, 14).

Deux mois environ après l'entrée à la prison, chez un (obs. 12).

Dans un cas (obs. 10), les symptômes parurent bien caractérisés vers le dixième mois de la première année de captivité.

Chez F... (obs. 2), c'est 18 mois après l'entrée dans la maison centrale, quelque temps après la guérison d'une plaie de tête, que la folie s'est déclarée.

Chez R... (obs. 4), la folie est certaine en février 1867, deuxième année d'emprisonnement.

L'aliénation mentale se déclare pendant la troisième année chez L... (obs. 9).

Quant à Lav... (obs. 15), il était épileptique avant sa condamnation.

Nous avons indiqué ici l'époque certaine de la folie. Le détenu a pu venir souvent au prétoire sans que tout d'abord on ait pu reconnaître si les infractions qu'il a commises sont l'effet d'un trouble mental réel, et le médecin n'est prévenu que lorsque l'agitation ou les symptômes remarqués par les gardiens auront paru suspects et quand déjà depuis un certain temps l'affection mentale existe.

Au point de vue de l'étiologie, si nous résumons brièvement les observations que nous avons produites, nous trouvons :

2 détenus atteints de paralysie générale à leur entrée dans la maison centrale (obs. 6, obs. 11).

1 détenu, atteint de folie épileptique, était épileptique à son arrivée (obs. 15).

1, atteint de lypémanie avec hallucinations et idées de persécution, d'après l'avis des docteurs Kuhn et Védie, est devenu fou par le fait du jugement ou des circonstances qui l'ont amené (obs. 4).

Chez ces quatre détenus, la folie ne saurait être mise sur le compte de l'emprisonnement.

Peut-on y mettre le cas de L... (obs. 7), atteint de manie le troisième jour de son arrivée; celui de G... (obs. 5), atteint de démence sénile?

Nous ne le pensons pas.

Il reste donc six cas, dans lesquels la folie a été constatée à une époque plus ou moins éloignée de l'arrivée des détenus dans la prison.

V... (obs. 10), lypémanique halluciné, avec idées de persécution, a donné des signes de mélancolie avant sa condamnation. Chez lui la prison, comme nous l'avons dit, a pu aider au développement complet de la folie, mais ne l'a pas occasionnée.

Br... (obs. 14), atteint aussi de lypémanie avec hallucinations et idées de persécution, paraît préoccupé à plusieurs reprises de sa condamnation et l'on constate chez lui de la tristesse un mois environ après son incarcération. Nous avons rangé sa folie parmi celles occasionnées par le fait du jugement.

Pour ces deux cas encore, l'on ne saurait incriminer le régime disciplinaire de la maison centrale.

Pour les quatre cas qu'il nous reste à examiner, nous trouvons des prédispositions très-manifestes chez deux détenus, avant l'époque de leur condamnation.

Chez R... (obs. 12), atteint de démence consécutive à une lypémanie avec hallucinations, nous avons signalé des ha-

bitudes d'ivresse très-prononcées, au point que souvent on l'a ramassé ivre-mort.

B... (obs. 13), atteint d'accès de manie aiguë, après une punition de cachot pour immoralité, est connu dans la vie libre pour avoir des mœurs ignobles.

Dans les deux autres cas, l'emprisonnement paraît avoir une influence très-marquée, surtout chez F... (obs. 2), atteint de manie avec alternatives de calme et d'agitation et chez lequel la folie fut reconnue 18 mois après son entrée dans la maison centrale.

Néanmoins, chez L... (obs. 9), atteint de démence et chez lequel l'aliénation mentale se déclare pendant la troisième année, l'intelligence bornée, l'absence d'éducation, les condamnations antérieures ont pu le prédisposer au trouble déclaré de la raison et pourraient être mises de pair avec l'influence de l'emprisonnement.

En résumé, sur 12 détenus transférés à l'asile d'Evreux pour cause d'aliénation, chez deux seulement la prison a paru être cause unique de l'aliénation mentale.

Le régime disciplinaire de la maison centrale a pu pour quelques-uns des autres, en dehors des causes prédisposantes signalées, avoir une certaine influence; mais on a pu voir que cette influence doit être considérée comme très-secondaire et qu'on ne saurait accuser le mode d'emprisonnement.

Chez certains individus, à constitution spéciale, congénitale, véritables jouets d'une nature capricieuse, ou influencés par l'hérédité, il suffit souvent pour que la folie éclate qu'une circonstance de la vie vienne favoriser cette disposition native et fournisse au développement de cette cause permanente et cachée une occasion propice; de même qu'une contusion de la glande mammaire fait quelquefois éclore tout à coup et avec fureur une diathèse cancéreuse latente ou larvée jusque-là.

N ^{os} d'ordre.	NOMS.	Age à l'arrivée à la prison.	PROFESSION AVANT LA CONdamnATION	DEGRÉ D'INSTRUCTION	NATURE DES DÉLITS.	PEINES PRONONCÉES.	CONDAMNATIONS ANTÉRIEURES.	DATE D'ENTRÉE DANS LA MAISON CENTRALE.	DATE DU TRANSFÈRE- MENT À L'ASILE D'ÉVREUX.	NATURE DE L'ALIÉNATION MENTALE.	ÉTILOGIE.	ÉPOQUE DE LA CONSTATATION DE LA FOLIE.	OBSERVATIONS.
1	N....	23	E loyé.	Instruction moyenne.	Vol avec ef- fraction.	4 ans de prison.	Néant.	4 janv. 1867.	23 janv. 1867.	Folie simulée.	"	"	Évadé de l'asile le deu- xième jour de son entrée.
2	F....	38	Marchand.	Instruit.	Soustr. fraudu- leuse.	5 ans de prison.	Néant.	juillet 1865.	14 mars 1867.	Manie avec al- ternative de calme et d'a- gitation.	Emprisonne- ment.	Janvier 1867.	Mort à l'asile par passage du bol alimentaire dans la trachée.
3	L. . .	35	Journalier.	Nulle.	Vol.	18 mois de pri- son et 5 ans de surveill.	Deux condamn. dont une au-dessus d'un an pour vol.	5 juin 1867.	24 nov. 1867.	Lypémanie avec alternative d'excitat. et de calme.	"	"	Soupçonné de simulation à la fin de son séjour à l'asile, réintégré à Gail- len, il meurt de diarrhée chronique.
4	R....	27	Manceuvre.	Sait lire et écrire.	Attentat à la pudeur.	10 ans de ré- clusion.	Néant.	5 janv. 1865.	23 janv. 1868.	Lypémanie avec hallucination et idées de persécution.	Emotion et chagrin de la condam- nation.	Peu de temps après l'ar- rivée symp- tômes ac- centués le 23 fév. 1867.	Remise de sa peine par dé- cision du 27 mars 1869. Rendu amélioré à sa mè- re le 20 avril 1869.
5	G....	66	Brocanteur.	Sait lire écrire.	Recel d'objets volés.	5 ans de prison.	Une condamnation de 2 jours pour vol.	1 mai 1864.	27 sept. 1868.	Démence sénile.	Age.	Juin 1864.	Mort à l'asile d'une pneu- monie.
6	L....	48	Marchand de moutons.	Sait lire écrire.	Vol.	13 mois de pri- son.	Néant.	10 déc. 1869.	3 févr. 1870.	Paralysie géné- rale.	Abus de bois- sons alcoo- liques.	A l'arrivée.	Mort à l'asile par marasme du à la paralysie géné- rale.
7	L....	24	Maçon.	Sait lire écrire.	Vol.	2 ans de prison.	Six condamnations au- dessus d'un an.	10 sept. 1870.	9 nov. 1870.	Manie.	Événem. poli- tiques.	Troisième jour de l'arrivée	Mort à l'asile par étran- glement herniaire.
8	C....	33	Domestique de ferme.	Nulle.	Vol.	15 mois de pri- son.	Six condamnations au- dessus d'un an; a été enfermé jusqu'à 20 ans dans une mai- son de correction.	9 mai 1870.	11 avril 1871.	Folie simulée.	"	"	Sorti de l'asile à l'époque de sa libération.
9	L....	48	Charretier.	Nulle.	Vol et rupture de ban.	10 ans de pri- son.	Quatre condamnations dont deux au-dessus d'un an.	9 mai 1868.	11 avril 1871.	Démence.	Emprisonne- ment.	Mars 1871.	S'évade de l'asile le 15 août 1873. Pas de renseigne- ment sur lui depuis cette époque.
10	V....	28	Maçon.	Nulle.	Vol et rupture de ban.	3 ans de prison.	Six condamnations dont une à plus d'un an.	août 1869.	30 déc. 1871.	Lypémanie avec hallucination et idées de persécution.	Contrariété de famille.	Accid. bien constatés en juin 1871.	Est encore à l'asile.
11	M...	49	Carrier.	Nulle.	Vol d'objets mo- biliers.	13 mois de pri- son.	Six condamnations dont une à 8 ans de travaux forcés et quatre au- dessus d'un an.	3 juin 1870.	19 juill. 1871.	Démence para- lytique.	Vie de misère et de dé- sordre.	A l'arrivée.	Mort à l'asile par passage du bol alimentaire dans la trachée.
12	R....	44	Terrassier.	Nulle.	Vol.	16 mois de pri- son.	Cinq condamnations au- dessus d'un an.	2 mars 1872.	28 oct. 1872.	Démence avec idées de gran- deur.	Abus de bois- sons alcoo- liques.	Peu de temps après son arrivée.	Transféré à l'asile de la Charité (Nièvre).
13	B....	39	Tailleur.	Sait lire écrire.	Vol.	13 mois de pri- son.	Cinq condamn. dont trois au-dessus d'un an.	7 juin 1873.	4 août 1873.	Manie.	Immoralité et débauche.	Juillet 1873.	Sorti de l'asile, guéri, le 25 novembre 1873. Il y a été réintégré le jour de sa libération (29 août). Est encore à l'asile.
14	B....	26	Charretier.	Nulle.	Attentat à la pudeur.	3 ans de pri- son.	Une condamnation au- dessus d'un an.	3 avril 1873.	8 sept. 1873.	Lypémanie avec hallucination et idées de persécution.	Chagrin de la condamna- tion.	Mai 1873.	Est encore à l'asile.
15	L....	21	Garçon bou- cher.	Nulle.	Vol, coups et blessures.	5 ans de pri- son.	Deux condamnations au- dessus d'un an pour vol et coups et bles- sures.	2 sept. 1870.	23 nov. 1873.	Folie épilepti- que.	Épilepsie an- térieure.	A l'arrivée.	Est encore à l'asile.

Pour nous, nous sommes porté à admettre avec Ferrus, que dans la captivité comme dans la vie libre, presque tous les individus chez lesquels se déclare l'aliénation mentale sont prédisposés à cette maladie.

L'homme, en effet, dit Ferrus, dont les facultés sont exactement équilibrées, peut résister sans perdre le libre exercice d'une raison parfaite, aux plus dures traverses de la vie, aux pertes les plus sensibles, à l'excès même de la douleur. L'emprisonnement le plus prolongé laisse son moral intact et son intelligence pleinement lucide.

Nous terminerons ce travail en résumant dans un tableau synoptique les observations détaillées ci-dessus et en indiquant les conclusions que nous croyons devoir tirer de ces observations. (Voir le tableau ci-dessus).

§ V.

CONCLUSIONS.

Des faits qui précèdent et des considérations qui les accompagnent, nous sommes amené à tirer les conclusions suivantes :

1° Chez les transférés de ces sept dernières années, les causes de la folie ont été surtout inhérentes aux détenus et indépendantes de l'emprisonnement au moins pour dix cas.

2° Parmi les causes qui ont provoqué l'aliénation mentale, nous trouvons : l'âge, la prostration morale après le jugement et le chagrin consécutif, les contrariétés et les excès alcooliques antérieurs à la condamnation, la vie de misère et de désordre et les privations qu'elle entraîne, l'immoralité et la débauche, enfin l'épilepsie.

3° Deux détenus étaient atteints de paralysie générale lors de leur entrée dans la maison centrale.

4° La proportion des aliénés non douteux transférés, pour une période de 7 ans, a été de 2 pour 1000 détenus.

5° A côté des transférés, il existe dans notre maison centrale, pour nous servir des expressions de M. le docteur Baillarger : « un certain nombre d'individus doués d'une organisation spéciale qui constitue presque à elle seule un commencement de maladie et qui prédispose au plus haut degré à tous les dérangements de l'intelligence. »

6° Il y a nécessité d'isoler les épileptiques des autres détenus.

7° La folie simulée est assez fréquente comme d'ailleurs cela existe et a toujours été indiqué dans les prisons et elle se rencontre ordinairement chez les détenus dont l'état moral laisse le plus à désirer et qui sembleraient prédisposés à la folie.

ALCOOLISME

ET DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS

Par M. le D^r CULLERRE
Médecin adjoint de l'asile d'Auxerre.

Le délire des persécutions mérite d'être regardé comme une forme suffisamment distincte et définie de folie partielle. Tour à tour décrit par Lasègue, Maret et Legrand du Saulle (1), il a définitivement pris place dans la classification des maladies mentales, non pas comme entité morbide, mais comme ensemble de symptômes dont la réunion est pour ainsi dire fatale et présente une physionomie invariable chez les divers sujets. Ce qui le caractérise, en effet, c'est la circonscription, la systématisation des idées malades. « Le délire, dit Lasègue, tend à se stéréotyper. Celui qu'on accuse d'être voleur, est toujours accusé d'avoir volé; celui qu'on magnétise, est toujours plus ou moins magnétisé. Celui qu'on a empoisonné par les aliments, continue à être l'objet d'un empoisonnement de même nature. » Tel est; en effet, le tableau qu'offre le persécuté, et nous pourrions en citer dont le système délirant n'a pas varié depuis plus de vingt-cinq années. Ce sont comme de vieux clichés, toujours prêts à reproduire indéfiniment la même image ou la même idée. Enfin, chose remarquable, ce délire est généralement accompagné d'hallucinations de l'ouïe, mais d'hallucinations de l'ouïe seulement, à l'exclusion de toutes les autres.

Dans l'alcoolisme, il existe aussi, à certaines périodes,

(1) Lasègue, *Archives gén. de Méd.*, 1852. — Maret, *Thèse de Paris*, 1868. — Legrand du Saulle, *Délire des persécutions*, 1873.

des idées de persécutions, seulement elles ne sont pas systématisées et circonscrites; elles sont au contraire mobiles, multiples, fugaces même. La variété remplace ici l'uniformité. Les troubles des sens, loin d'être restreints aux hallucinations de l'ouïe, sont nombreux: ce sont des hallucinations de la vue, en général d'un caractère terrifiant, qui tiennent la première place.

Cependant, l'alcoolisme n'exclut pas le vrai délire des persécutions; ils peuvent se compliquer l'un l'autre; se surajouter, former ensemble une espèce d'association morbide, qui revêt, en général, un caractère de malignité redoutable, tant au point de vue du pronostic de la maladie qu'à celui de la sécurité publique. Le persécuté est souvent dangereux, le persécuté alcoolique l'est toujours.

Tantôt l'alcoolisme ouvre la scène et c'est sous son influence qu'un vrai délire des persécutions, — en dehors de celui qui est symptomatique de l'intoxication, — vient peu à peu à éclore. Ce cas est celui des individus prédisposés héréditairement, ou dont l'intelligence est peu développée. On sait du reste que c'est dans cette dernière catégorie que se recrute le plus grand nombre des persécutés.

Tantôt c'est un persécuté de vieille date, qui, soit par suite d'incitations délirantes, soit pour une autre cause, abusant des boissons spiritueuses, devient alcoolique et présente alors des accès de *delirium tremens*, ou d'alcoolisme subaigu.

Le plus souvent — et nous ne saurions trop le regretter — les difficultés de la pratique ne permettent pas de découvrir auquel, du délire des persécutions ou de l'alcoolisme, appartient la priorité. Néanmoins la coexistence de ces deux affections est un fait aujourd'hui constant et bien établi, grâce aux remarquables mémoires qui ont paru dans ces derniers temps sur cette matière; et c'est chose facile pour le plus humble clinicien, de distinguer chez un sujet, la part de l'une et de l'autre de ces deux maladies.

C'est ce que nous nous sommes efforcé de faire dans les observations suivantes, que nous avons été à même de recueillir presque en même temps à l'asile d'Auxerre, et que notre excellent chef de service, M. le docteur Rousseau veut bien nous autoriser à publier.

OBSERVATION I. — *Délire des persécutions. — Abus des boissons amenant un accès de délire alcoolique. — Meurtre commis sous l'influence d'hallucinations de la vue.*

M... âgé de 45 ans, entrepreneur de travaux, d'un tempérament nervoso-bilieux, n'a reçu aucune instruction ; les principes les plus vulgaires de la morale lui semblent totalement étrangers ; on n'a aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires. Son intelligence est bornée. Il a eu, il y a quelques années, une fièvre typhoïde qui avait notablement affaibli ses facultés intellectuelles ; l'alcool a fait le reste. En effet, il a l'habitude de boire beaucoup de vin et d'eau-de-vie, mais sans jamais s'enivrer. Il est impossible de connaître, même approximativement, la date du début des excès.

Depuis une époque que le malade lui-même ne peut préciser, il est aussi tourmenté par des idées de persécutions. Son voisin C..., lui en veut, a résolu de le dépouiller, entretient des relations coupables avec sa femme. Pour se débarrasser de lui, il fait courir de mauvais bruits sur son compte et est allé le dénoncer à la gendarmerie. Enfin il veut le tuer ; c'est *le juge de paix qui le lui a dit.*

M... manifeste contre ce voisin et contre sa femme une haine violente. Pour déjouer leurs manœuvres il va réclamer à toutes les personnes qu'il connaît des certificats de moralité ; il s'adresse aux autorités avec persistance, enfin il porte toujours sur lui un revolver chargé.

Cependant, il boit de plus en plus, il néglige ses travaux ; ses tourments et ses inquiétudes augmentent. Bientôt il

croit s'apercevoir qu'un nommé B..., qu'il connaît à peine depuis quelques jours, s'entend avec son ennemi mortel, son voisin C... Un soir qu'il a fait des libations encore plus copieuses que d'habitude, il se présente chez B..., qui était seul au coin de son feu, et lui tire à bout portant plusieurs coups de revolver. La victime grièvement blessée, mourut quelque temps après.

Le coup fait, M... rentre chez lui, se couche et dort d'un sommeil tranquille. Arrêté et conduit en prison, il n'a aucune conscience de la responsabilité qui pèse sur lui. Il est indifférent, ne s'occupe point de sa famille, ne montre aucun regret et n'a souci que de ses affaires. Les nuits sont un peu agitées; pendant quelques jours, le malade n'a pas de sommeil et parfois il semble inquiet et en proie à des frayeurs. Peu à peu ces manifestations alcooliques disparaissent entièrement.

C'est sous l'influence d'un trouble hallucinatoire intense que M... a commis le meurtre. Cent fois il raconte sans la moindre variante et jusque dans les plus petits détails, l'hallucination terrible dont il n'a pas conscience et qui a eu un si funeste résultat. — Il s'est vu attaqué par sa victime et par deux autres individus, dont il cite les noms. « Je n'ai pu faire autrement que de me défendre, dit-il, je n'ai pas tort; B... m'a entraîné dans sa maison. Sa femme s'est d'abord esquivée, ce qui m'a paru louche; puis ils sont tombés tous sur moi. Ils étaient trois. J'ai alors tiré mon revolver et j'ai fait feu. » Puis il ajoute : « Si j'étais allé porter plainte le premier, ce n'est pas moi qu'on aurait arrêté. »

Ce malade ne paraît avoir actuellement d'hallucinations d'aucune sorte. Il est calme, raisonnable; mais il n'a pas conscience de sa situation. Il ne montre aucun regret de son action. Lorsqu'on lui en parle, il s'anime et se dit prêt à recommencer. Le sort de sa victime le laisse indifférent. C'est la faute de B....; pourquoi l'a-t-il attiré dans un guet-apens? — Voilà huit mois que nous observons M..... Les

symptômes de l'intoxication alcoolique ont disparu depuis longtemps, mais le délire des persécutions, restreint, circonscrit, est resté. Les convulsions délirantes sont aussi vivaces qu'au premier jour. Son voisin C.... est toujours son ennemi, sa femme s'entend toujours avec lui, et à présent ils sont bien contents de ce qu'on le retient à l'asile. Leurs vœux sont comblés, ils sont débarrassés de lui.

A l'accomplissement de ce meurtre que nous venons de raconter, l'alcool et le délire de persécutions ont travaillé de concert; leur complicité est évidente: c'est dominé par une hallucination de nature toxique que M... frappe celui qu'il croit son ennemi.

L'alcoolique venge le persécuté.

Dans le récit que le malade lui-même fait de l'événement, c'est l'alcoolique qui parle le premier. Il a vu trois individus qui en voulaient à ses jours, là où il n'y avait qu'un homme inoffensif. Mais le persécuté reprend vite la parole: s'il avait été le premier avertir les gendarmes!... Mais les autres l'ont devancé, ce sont eux que l'on croit, et c'est lui, leur victime, qu'on emprisonne! Peut être M..... n'est-il pas éloigné de croire l'autorité complice de ses persécutateurs. Du moins tel paraît être le fond de sa pensée.

En prison, on remarque encore chez le malade quelques manifestations alcooliques: frayeurs, insomnies, hallucinations. Mais par suite de la sobriété qui lui est imposée, tout cet appareil toxique disparaît, et il ne reste bientôt plus que l'idée du complot organisé contre lui par C.... et sa propre femme.

A quoi donc attribuer la cause première de ce délire des persécutions? Ce problème est complexe. Il offre des inconcunues qu'il ne nous a pas été donné de résoudre; par exemple la question de l'hérédité. Quoi qu'il en soit, on peut supposer avec quelque raison, croyons-nous, que cette intelligence naturellement bornée, affaiblie encore par une fièvre typhoïde grave, ébranlée enfin par des excès alcoo-

liques légers au début, n'a pu résister aux suggestions malingues, d'abord faibles, puis de plus en plus impérieuses de l'agent toxique. Plus tard, les excès augmentant, un accès d'alcoolisme subaigu est venu dominer la scène ; complication qui, une fois disparue, a permis au système délirant primitif de reparaitre dans sa simplicité première.

OBSERVATION II. — *Accès d'alcoolisme subaigu. — Idées de persécution. — Perversion des sentiments affectifs et hypochondrie. — Sévices graves.*

L..., 30 ans, cultivateur, raconte qu'à partir de l'année 1868, il a commencé à faire des excès de boissons alcooliques. Il buvait du vin et aussi de l'eau-de-vie, dont il avait fait fabriquer une assez grande quantité. — Vers 1870, il fut pris d'un accès de délire général avec excitation maniaque, hallucinations de l'ouïe et de la vue, panophobie. Il se voyait entouré d'hommes à cheval qui l'assaillaient ; il avait le pouvoir de les détruire, mais ils reparaissaient aussitôt, l'injuriaient, le poursuivaient sans cesse. Le malade qui a une parfaite conscience de cet accident l'attribue à sa vraie cause : l'alcool.

Peu à peu ces troubles de nature toxique disparurent, mais L... n'en continua pas moins ses excès, bien qu'avec plus de retenue.

Bientôt la guerre éclata. Les progrès de l'invasion firent une forte impression sur cette intelligence prédisposée. L... vit dans les succès de nos ennemis un châtimeur du ciel ; dès lors il résolut de faire pénitence et il fréquenta avec assiduité l'église de sa paroisse.

A l'époque de sa plus grande ferveur religieuse, L... éprouva des douleurs d'entrailles cuisantes, et un sentiment de constriction et de brûlure à l'estomac. Ses forces l'abandonnaient ; il se sentait vieillir avant l'âge. En même temps il crut remarquer dans les prêches du curé des allusions à

son endroit, et il acquit enfin la conviction que ce prêtre était l'unique auteur de ses souffrances. Ce dernier voyait d'un mauvais œil ses assiduités à l'église, et il s'est dit : « Attends, je t'empêcherai bien de venir. » L.... ne sait trop comment il peut agir sur lui : « C'est peut-être bien par le magnétisme et la physique. »

L.... cessa ses visites à l'église, mais il continua à éprouver des douleurs d'estomac; il sentait ses chairs pourrir et tomber en gangrène. Cherchant partout des remèdes à ses maux, il met la main sur le livre de Raspail et s'en nourrit avidement. Il s'y pénètre de cette idée que nos maux sont le résultat de la mauvaise conduite de nos parents et aussi de nos propres vices. Il conçoit alors une haine violente contre son père qui ne l'a pas prémuni contre les entraînements de jeunesse par une bonne éducation, et qui épuisé, par tous les excès, lui a transmis un sang malade et décomposé, etc. (Nous passons les détails dans lesquels entre le malade). Quoi qu'il en soit cette haine contre son père se traduit bientôt par des sévices graves, et une séquestration est nécessaire.

Le malade, dès son arrivée, nous fait le récit que nous venons de reproduire, puis il entre dans des détails innombrables au sujet de ses souffrances, de sa constitution épuisée, de son sang pauvre, de son ventre hydropique, etc... Cependant l'examen physique ne révèle rien de particulier. L'embonpoint est au-dessus de la moyenne. La sensibilité interrogée à l'aide de l'esthésiomètre n'offre rien d'anormal. Il y a seulement un peu de tremblement de la langue. Il ne paraît éprouver d'autres hallucinations que celles de nature ganglionnaire, qui alimentent ses conceptions hypochondriaques.

En résumé, le malade attribue ses innombrables souffrances à trois causes : 1° aux influences mystérieuses du curé ; 2° à ses propres excès de jeunesse ; 3° à ceux de son auteur.

Remarquons qu'actuellement il s'attache principalement aux deux dernières, sans doute parce qu'il est encore dominé par ses lectures du Manuel Raspail.

Dans l'observation I, les premières manifestations saisissables de la maladie complexe qui nous occupe appartiennent entièrement au délire des persécutions ; et le délire spécial dû à l'intoxication ne vient que tardivement s'ajouter à ce dernier.

Dans le second cas, au contraire, c'est le délire alcoolique qui ouvre la scène. Chose curieuse, le malade sait parfaitement faire, dans son affection, la part qui revient à l'agent toxique. Il nous raconte avec beaucoup de clarté son premier accès de *delirium tremens* ; il avoue avoir eu depuis, sinon de nouvelles attaques de ce même délire, du moins quelques manifestations isolées, surtout à la suite d'ivresse ; mais il ne rattache pas à la même cause les sensations anormales qu'il éprouve actuellement. C'est tout au plus s'il veut bien reconnaître que l'alcool a pu contribuer à augmenter ses souffrances ; mais la cause première en doit être attribuée, selon lui, aux influences occultes, dont nous avons parlé dans le cours de l'observation.

OBSERVATION III. — *Délire des persécutions, hallucinations de l'ouïe. — Excès alcooliques suivis du délire toxique. — Idées d'empoisonnement. — Perversion des sentiments affectifs. — Sévices graves.*

R..., 30 ans, tempérament sanguin, sans antécédents héréditaires, est malade depuis 1870. A cette époque, pendant qu'il travaillait dans les champs, il commença à entendre des voix confuses bourdonner à ses oreilles. Il ne comprenait pas ce qu'elles disaient, mais il se sentait influencé dans tout son corps ; on lui enlevait les forces par le moyen de l'électricité. Bientôt ce ne fut pas seulement le jour, mais aussi la nuit, qu'il fut poursuivi par ses ennemis, qui fai-

saient entendre autour de lui toute espèce de bruits pour l'effrayer.

Vers 1872, se sentant de plus en plus malade et affaibli par ses persécuteurs, il se mit à boire plus que de raison. La liste des persécutions qu'il subit s'étend aussitôt; les troubles sensoriaux deviennent plus distincts; ce sont des voleurs qui viennent la nuit le dévaliser; il se lève alors et les poursuit dans toute la maison. Il voit aussi des flammes, des animaux. Ses douleurs l'exaspèrent; il est pris de gastralgie et l'attribue au poison qu'on met dans ses aliments; il acquiert bientôt la conviction que sa propre mère l'empoisonne; enfin il la maltraite au point qu'elle reste inanimée sur le carreau. Ce fut le motif qui détermina sa séquestration.

Depuis son entrée, les excès alcooliques cessant, le délire tend à se circonscrire de nouveau et à prendre la forme hypochondriaque. Le malade se plaint de faiblesses subites, principalement après les repas, de nausées, de tiraillements d'estomac; c'est qu'on lui met du poison dans ses aliments. Cette conviction est tellement puissante qu'elle le rend agressif, et qu'à plusieurs reprises il s'agit violemment et frappe les surveillants. La nuit, il entend toujours la voix des invisibles qui lui envoient des secousses dans les membres par l'électricité. Ce malade est habituellement congestionné; il refuse de prendre les médicaments, parce que ce qu'on lui donne lui fait trop d'effet, c'est trop fort pour lui, et aussi par crainte d'être empoisonné. Il se plaint continuellement; il n'a pas un moment de repos; l'électricité et le poison agissant sur lui à tour de rôle ne lui laissent aucun répit. La sensibilité cutanée semble un peu troublée: l'esthésiomètre donne quelques légères différences dans la sensibilité des parties homologues.

Chez R....., les excès alcooliques ne se sont produits que longtemps après le début de la maladie. Les parents et le malade lui-même sont unanimes à le certifier. L'alcool est

venu ici modifier le délire et lui imposer une tournure qu'il n'aurait peut-être pas eue sans lui. Le malade s'alcoolise pour lutter contre les souffrances dont on l'accable ; mais l'alcool se retourne contre lui, se met, pour ainsi dire, du nombre de ses persécuteurs, donne un corps à ses hallucinations, en même temps localise ses souffrances à l'estomac (gastralgie, dyspepsie) et amène très-probablement l'idée d'empoisonnement.

Ce malade, pas plus que les précédents, n'a échappé à la complication du délire toxique. Comme eux, à un certain moment, il a des hallucinations terrifiantes de la vue et les symptômes habituels de l'alcoolisme subaigu.

OBSERVATION IV. — *Persécuté avec idées de grandeur et de richesses, devenant persécuteur. — Excès de boissons longtemps continués et amenant l'alcoolisme chronique à forme hémianesthésique.*

A...., âgé de 64 ans, est fils de cousins germains. Sa vie a toujours été celle d'un cultivateur laborieux et sobre. Veuf d'une première femme, il a épousé, il y a dix ans, sa servante ; mais ce mariage fut loin d'être heureux. La femme n'avait pas toutes les vertus ; le mari commençait très-vraisemblablement à éprouver les premières atteintes de l'aliénation mentale, si bien qu'au bout de quelques années, les époux furent séparés judiciairement.

Depuis cette époque, A.... se croit en butte aux persécutions les plus singulières causées par la physique. Des idées de grandeur viennent se joindre à ces premières convictions délirantes et il devient à son tour un vrai persécuteur.

Il est difficile de connaître toutes les particularités du délire, car le malade est actuellement incapable de fournir des renseignements. Mais nous savons cependant qu'il se croit descendant d'un roi d'Angleterre, qu'il a douze mil-

lions qu'on lui retient injustement à Londres, et que dans la ville qu'il habitait il a causé de nombreux scandales, en réclamant de grosses sommes à plusieurs personnes considérables et en leur intentant des procès sans fondement.

Il y a un an, le malade qui jusqu'alors avait vécu chez lui, en conservant ses habitudes régulières, manifeste des idées d'empoisonnement. Dès lors il ne prend plus ses repas chez lui, mais court les cabarets et fait de nombreux excès de boisson. Il boit du vin et va souvent jusqu'à quatre bouteilles par jour. Le délire devient de plus en plus intense, les hallucinations se multiplient, une séquestration est nécessaire.

Tous ces renseignements nous sont fournis par un parent du malade, homme intelligent, digne de foi à tous égards.

A son entrée, le malade nous raconte qu'on s'introduit la nuit chez lui, par la physique, qu'on lui brûle la plante des pieds en répandant de l'arsenic sur le plancher; qu'on lui introduit du pétrole dans le corps pour l'enivrer, et que lorsqu'il est enivré, on le met dans un cercueil, on lui fait subir toutes espèces d'épreuves douloureuses. Il accuse aussi des hallucinations de la vue de nature alcoolique : flammes, fantômes, animaux immondes, etc.

2 novembre 1874. Examen physique : il y a du tremblement de la langue et aussi des mains. Le malade accuse de la faiblesse du côté droit et une *sensation de froid* tout le long de la cuisse du même côté. La main droite exerce en effet des pressions notablement plus faibles que la gauche.

La sensibilité à la douleur semble intacte.

La sensibilité du tact est au contraire diminuée. Sur le bras droit et dans une direction parallèle aux nerfs, les pointes de l'esthésiomètre ne donnent une double sensation qu'à une distance de 44 centimètres, tandis que cette double

sensation s'accuse à une distance de 6 centimètres du côté gauche.

Perpendiculairement à la direction des nerfs, il faut pour que les deux pointes soient senties : à droite un écartement de 6 centimètres, et à gauche de 4 centimètres seulement.

Au front, à gauche, les deux pointes sont senties à deux centimètres de distance ; à droite, pour le même écartement, le malade n'accuse qu'une seule sensation.

La sensibilité spéciale est également affaiblie à droite.

Odorat : la narine gauche reconnaît immédiatement l'acide acétique et le camphre. La droite n'accuse aucune sensation au camphre, et seulement de l'irritation à l'acide acétique.

Goût : le côté gauche de la langue accuse immédiatement les sensations salées et amères (sel marin, extrait de coloquinte) ; le côté droit reste absolument insensible aux mêmes substances.

En un mot, nous sommes en présence de la forme hémianesthésique de l'alcoolisme chronique, mise en lumière par Magnan (1).

Les journées qui se succèdent sont assez calmes ; de temps en temps le malade parle seul et semble avoir des hallucinations de l'ouïe ; mais les nuits sont très-mauvaises : on ne cesse de lui envoyer du pétrole par la physique ; on fait aussi passer des chats sous son lit.

On trouve chez ce malade un délire vraisemblablement très-ancien, composé d'idées de persécutions et de richesses. L'alcoolisme vient s'y ajouter et devient alors la chose la plus importante, tant au point de vue des manifestations délirantes, qu'il exagère, multiplie, mobilise, que par les complications physiques qu'il détermine, lesquelles revêtent un caractère de haute gravité.

(1) Magnan, *De l'Alcoolisme*, Paris, 1874.

Pour nous, nul doute que l'aliénation mentale n'ait précédé de longtemps les excès de boisson. Cela ressort des renseignements exacts et précis qui nous ont été fournis et aussi de la physionomie du délire, aujourd'hui altérée et confuse, mais claire et parfaitement délimitée au début.

Les faits que nous venons d'exposer ne sont pas nouveaux. Dans les travaux qui traitent de l'alcoolisme et du délire des persécutions, on en trouve de semblables, mais peu nombreux à la vérité; ce qui nous a engagé à réunir ceux qui précèdent.

En résumé, nous avons essayé dans ce travail de montrer : que le délire des persécutions et l'alcoolisme s'unissent quelquefois chez le même malade; — que leurs caractères propres sont reconnaissables et ordinairement faciles à distinguer; — que l'un peut préexister à l'autre indifféremment; — enfin, que leur union chez le même sujet est éminemment dangereuse, au point de vue de la sécurité des personnes.

Médecine légale.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

L'ÉTAT MENTAL

du nommé **ROUGET, Benoit-Nicolas**

Inculpé du crime de bigamie

PARALYSIE GÉNÉRALE — ORDONNANCE DE NON-LIEU

Par le Dr PETRUCCI

Médecin-Directeur de l'asile de Dijon.

Nous soussignés Dr Maillard, professeur d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine de Dijon, médecin de l'hôpital; Dr Ripault, médecin de la prison départementale et Dr Petrucci, directeur-médecin en chef de l'asile des aliénés de la Côte-d'Or, commis par ordonnance de M. le juge d'instruction du tribunal de Dijon, en date du 2 octobre 1873, à l'effet de constater l'état mental du nommé Rouget (Benoit-Nicolas), âgé de 43 ans, né à Bousseois (Côte-d'Or), photographe, demeurant à Dijon, actuellement détenu à la maison d'arrêt sous inculpation de bigamie, et de connaître s'il est vraiment responsable du crime dont il est prévenu.

Après avoir prêté serment entre les mains de M. le juge d'instruction de remplir notre mission en honneur et conscience; après nous être transportés plusieurs fois à la prison départementale, et avoir pris connaissance des notes consignées au dossier, avons rédigé le rapport suivant:

Exposé des faits et commémoratifs.

Nous ne connaissons d'autres renseignements sur la jeunesse et l'adolescence de cet homme, que ceux qu'il veut bien nous donner, et à cet égard, ils sont peu précis. Après avoir entrepris plusieurs professions sans s'arrêter à aucune, avoir été successivement clerc d'avoué et apprenti cordonnier, il s'est engagé à 18 ans dans un régiment de chasseurs à pied, dans lequel il est resté 9 ans. Il a fait la guerre de Crimée. Rentré dans la vie civile en 1857, il s'est marié à Versailles en janvier 1858.

Cette union ne fut pas heureuse. A la suite d'une vie très-accidentée et de vifs chagrins domestiques, Rouget fut frappé d'aliénation mentale, et conduit à l'asile des aliénés de Dijon ; il était atteint de paralysie générale progressive, affection dont le pronostic est fatalement mortel. Les caractères de la maladie étaient parfaitement définis, et celle-ci était déjà très-avancée à l'entrée du malade à l'asile. Je ne crois mieux faire, pour en donner une idée exacte, que de rappeler ici les certificats médicaux et les notes mensuelles qui ont été consignés sur les registres de l'établissement.

24 heures, 6 décembre 1868. Démence paralytique à la deuxième période, caractérisée par de l'embarras de la parole, de l'inégalité des pupilles, la gauche étant plus dilatée que la droite, du délire ambitieux et de l'amnésie. Il se dit général de division, prétend qu'il a des milliards, qu'il est le plus habile de tous les photographes. Il gagnait de 7 à 800 milliards comme photographe. Ses milliards sont venus de traites qu'il a faites chez les banquiers. Il est médecin et guérit tout le monde au moyen du phénol-Bobœuf.

Il a été arrêté en vagabondage, conduit à la maison d'arrêt et ensuite transféré à l'asile. *Signé : BRUNET.*

Quinzaine, 21 décembre 1868. Même état qu'à son entrée. La pupille gauche est plus dilatée que la droite. Il est toujours général de division, a 7 ou 800 milliards.

Signé : BRUNET.

Certificat de transfèrement, 16 février 1869. Le nommé Rouget (Benoit-Nicolas), a été transféré à l'asile de Saint-Dizier le 9 courant. Démence paralytique à la deuxième période.

Signé : BRUNET.

Rouget fut transféré à l'asile de Saint-Dizier le 9 février 1869, son état mental n'avait subi aucune modification. Les notes suivantes, consignées sur l'un des registres matricules de l'asile de Saint-Dizier nous permettent de le suivre jusqu'à sa sortie de cet établissement.

Certificat de 24 heures, 10 février 1869.

Je soussigné, D^r médecin, certifie que le nommé Rouget (Nicolas) est atteint de paralysie générale caractérisée par du bégaiement, des contractions fibrillaires des muscles de la face et de l'hésitation dans la marche. Des idées de grandeur très-marquées accompagnent cet ensemble somatique. Ainsi cet homme va demander à l'empereur son diplôme de maréchal de France ; il est général et commande son armée. A maintenir.

Signé : LAPOINTE.

Certificat de quinzaine, 25 février 1869. Je soussigné, certifie que le nommé Rouget est atteint de paralysie générale avec prédominance d'idées de grandeur. Il se dit maréchal de France et demande tous les jours de sortir de l'établissement pour aller réclamer son brevet auprès de l'empereur.

Signé : CATEL.

Mars 1869. Paralysie générale. Idées de grandeur.

Avril. Même état.

Mai. Amélioration sensible. Les idées de grandeur ont disparu. Affaiblissement des facultés.

Juin. Même état. Amélioration très-notable. Affaiblissement des facultés.

Juillet. Même état. Pourrait être rendu à la liberté par essai.

Notes adressées à l'autorité.

18 juillet 1869. A M. le procureur impérial.

Je soussigné, directeur-médecin, certifie que le nommé Rouget est atteint de paralysie générale avec affaiblissement des facultés. Ce malade présente une amélioration très-sensible depuis deux mois environ. Mon avis est de proposer prochainement, si l'état dans lequel il se trouve se maintient et se consolide, sa mise en liberté. Quoi qu'il en soit, ce malade est atteint d'un mal incurable ; je n'éprouve aucune hésitation à déclarer que cette amélioration ne sera que de courte durée, et que d'ici à quelques mois, très-probablement, je pourrais presque dire certainement, il sera urgent d'opérer de nouveau le placement de ce malade.

Signé : LAPOINTE.

22 juillet 1869. A M. le Préfet.

Je soussigné, directeur-médecin, certifie que le nommé Rouget, sorti le 22 juillet 1869 par décision du tribunal de Wassy, en date du 20 juillet, est atteint de paralysie générale avec affaiblissement notable des facultés. Il a, à la vérité, subi une amélioration très-marquée pendant les deux derniers mois de son séjour à l'asile, mais malheureusement il est atteint d'un mal incurable, et je n'éprouve aucune hésitation à déclarer qu'une rechute ne se fera pas attendre, et qu'une nouvelle intervention de la part de l'autorité administrative deviendra bientôt nécessaire, d'autant plus que ce malade est sans ressources ou à peu près, et qu'il n'a qu'une vieille mère de plus de 80 ans pour le diriger.

Signé : LAPOINTE.

Remarquons que la sortie de Rouget (22 juillet 1869) eut lieu à la requête de l'autorité judiciaire du tribunal de Wassy. Le directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier désirait attendre que l'amélioration fût mieux consolidée et de plus longue durée, pour tenter un essai de sortie. De plus, ce

praticien distingué n'hésitait pas à affirmer qu'une rechute était inévitable, et que l'intervention de l'autorité administrative deviendrait bientôt nécessaire. Le malade était amélioré, mais non guéri.

Pendant ses deux derniers mois de séjour à l'asile de Saint-Dizier, Rouget s'était remis à faire de la photographie. Il eût pu reprendre son ancienne profession, mais ses facultés étaient très-affaiblies et il manquait de l'initiative nécessaire pour s'en occuper seul. Il se rendit à Boussenois, chez sa vieille mère âgée de 80 ans, avec laquelle il vécut sans exercer de profession, et dans la plus complète indifférence.

L'année suivante, en avril 1870, il fait une plainte au procureur impérial contre sa femme et un nommé Prost, qui se sont enfuis ensemble et vivent en concubinage. Il accuse ce dernier, non-seulement de l'avoir lésé dans son honneur, mais encore de l'avoir trompé de toutes façons, notamment en lui escroquant une somme de 500 fr. Il demande réparation pour cet outrage, et qu'il plaise en outre au tribunal civil de rendre un jugement en séparation de corps entre sa femme et lui.

Ses démarches restent infructueuses.

Sur ces entrefaites, la guerre avec la Prusse éclate; il s'engage pendant la dernière partie de la campagne, qu'il supporte parfaitement, prend part au combat de Coulmiers, dans l'armée de la Loire, et rentre dans ses foyers, chez sa mère en mars 1871.

Plus tard, ils vont ensemble habiter Dijon. Rouget est présenté à une de ses voisines, Mlle M., épicière, qui possède quelques milliers de francs. On l'engage à se marier, il accepte, sans s'inquiéter de son premier mariage et de sa situation. Il accomplit cet acte le 20 mars 1873.

Il vivait heureux, depuis quelques mois, et en parfaite intelligence avec sa seconde femme, lorsqu'il fut arrêté comme bigame, sur la plainte de la première.

Cet homme est-il vraiment responsable de ce crime? Est-

il même guéri de la forme d'aliénation mentale, si grave, dont il a été atteint? C'est ce que son examen actuel nous permettra de juger, sans qu'il soit même besoin de recourir aux troubles intellectuels précédemment constatés. Ce rapprochement, toutefois, donnera encore plus de force à notre appréciation, à notre jugement et à nos conclusions.

Habitude extérieure.

Nous trouvons Rouget dans une petite salle basse de la conciergerie du tribunal de Dijon.

C'est un homme de 43 ans, brun, de taille moyenne, bien constitué et d'un bon tempérament. La tête est assez bien conformée; notons cependant le peu d'élévation du front.

L'un de nous a été son médecin et lui a donné des soins pendant qu'il était malade à l'asile de Dijon. Il ne le reconnaît pas. La physionomie est hébétée, le regard vague et incertain; il promène sur nous de gros yeux étonnés, dont l'expression reflète une sorte d'indifférence inconsciente et stupide. Ils sont légèrement injectés et humides, résultat d'une circulation imparfaite. Les capillaires de la face participent à ce défaut circulatoire. Les traits sont affaissés, déformés et empreints d'un cachet de décadence intellectuelle indubitable. La physionomie est immobile et n'a d'autre expression que la passivité. Le corps est voûté, surtout les épaules, et légèrement empreint d'un affaissement général.

Un semblable tableau est loin de dénoter une riche organisation. Il ne fait que trop pressentir les troubles suivants qu'un examen plus approfondi nous permet de constater.

Troubles somatiques.

Notons d'abord un léger tremblement des doigts lorsqu'il les étend, et parfois des lèvres et des muscles de la face lorsqu'il parle. Embarras de la parole peu prononcé, mais

elle est, à certains moments, hésitante et un peu traînante. Rien de particulier aux pupilles qui sont égales et normales. La marche est mal assurée, un peu incertaine. Le membre inférieur gauche semble plus lourd; il est moins facilement soulevé et traîne en marchant. Cette particularité se remarque surtout lorsque la marche est accélérée.

Troubles de la sensibilité.

La sensibilité tactile est imparfaite. Les piqûres d'épingles sont incomplètement senties sur toute la peau en général. A la face dorsale de la main, cette sensation est presque nulle; elle est très-affaiblie à la face palmaire des doigts, ainsi que sur la langue. Si on pratique en même temps deux piqûres avec deux épingles séparées, il est nécessaire qu'elles soient distantes de plus d'un décimètre environ, autrement le patient ne ressent qu'un point douloureux. Nous lui bandons les yeux, et sans le prévenir, nous le brûlons avec une allumette sur la peau du bras. La physionomie reste impassible; pas le plus petit tressaillement ni la moindre contraction musculaire; il faut aller jusqu'à la vésication pour qu'il accuse une légère sensation de chaleur. Il est également insensible à l'impression du froid. La sensibilité morale, loin d'être affaiblie, est au contraire exagérée. Rouget pleure avec la plus grande facilité, pour toutes les impressions; il pleure en pensant à sa seconde femme, verse des larmes sur la première et s'attendrit en reconnaissant au milieu de nous le D^r Langlois, ancien interne de l'asile de St-Dizier, qui lui a donné des soins, et avec lequel il a fait de la photographie pendant la dernière partie de son séjour dans cet établissement.

Troubles intellectuels.

La mémoire est considérablement affaiblie. Je viens de dire que cet homme s'était mis à pleurer en reconnaissant

le Dr Langlois, mais c'est avec les plus grands efforts qu'il est parvenu à le reconnaître; c'est après l'avoir mis sur la voie pendant près d'un quart d'heure, et l'avoir dirigé dans ses souvenirs, qu'il en est arrivé là. Il méconnaît celui de nous qui lui a donné des soins à l'asile de Dijon. Il l'a vu quelque part, mais il n'en est pas sûr. Il n'a aucune souvenance de son nom; il a même oublié la disposition du local qu'il habitait; il ne se rappelle aucune physionomie, pas même celle d'un seul des infirmiers qui le soignaient ou d'un de ses camarades d'infortune. La mémoire est inégale; certaines choses lui sont de préférence restées dans l'esprit. Il se rappelle mieux, mais encore très-imparfaitement, les faits de sa jeunesse et tout ce qui est antérieur à sa maladie de 1868. C'est ainsi qu'il a retenu passablement sa table de multiplication, et qu'il met encore assez bien l'orthographe. Il a perdu, ainsi que je viens de le signaler, tout souvenir des faits qui se sont déroulés pendant sa maladie, même pendant sa convalescence et les dernières semaines qui ont précédé sa sortie de l'asile de St-Dizier. Ceux qui se sont accomplis après sont restés peu précis, vagues et confus dans sa mémoire.

L'intelligence a subi le même affaiblissement que la mémoire. C'est avec la plus grande difficulté qu'il parvient à faire une simple soustraction de deux chiffres que nous lui posons.

Les actes sont peu ou point raisonnés; il les accomplit machinalement et par routine.

Nous n'en voulons d'autres preuves que les réponses suivantes :

Demande. Lorsque vous vous êtes marié, en mars dernier, vous aviez l'intention d'exercer votre profession de photographe après votre mariage; dans ce but, vous faisiez construire un atelier, lorsque vous avez été arrêté.

Réponse. Oui, Monsieur.

D. Dans quelle rue était cet atelier?

R. Je ne me rappelle pas.

D. Mais vous y êtes allé pour donner vos plans et disposer le local à votre convenance.

R. Non, Monsieur ; j'ai dit à un entrepreneur de faire cette construction ; je n'y suis jamais allé et je n'ai donné aucune instruction.

Ainsi voilà un homme qui fait construire un atelier d'une certaine importance ; il habite la localité, et il ne se dérange même pas, non-seulement pour surveiller le travail qu'il a commandé, mais même pour en indiquer la disposition générale. On lui construit un atelier, il ne s'en inquiète pas, et il y fera de la photographie aussi machinalement que dans n'importe quel local ou même une simple chambre.

Le jugement est très-affaibli, le raisonnement et la réflexion, qui en sont les conditions essentielles, ont subi la même modification. La volonté est pour ainsi dire nulle. Ce malheureux est un être passif qui ne peut vouloir. Non-seulement il n'a pas voulu l'acte qu'on lui reproche, mais il a même été incapable de le désirer. Il s'est laissé faire, et cela ressort clairement de ses réponses dans ses interrogatoires, et des diverses pièces consignées au dossier. Bien plus, cette absence de volonté se lit sur sa physionomie. Lorsque nous le prions de marcher, afin de nous rendre compte des troubles qui existent dans la motilité, ce malheureux s'efforce de nous satisfaire et de nous obéir à la parole, aux divers changements d'allure que nous lui commandons. La raideur de ses membres ne lui permet pas d'être aussi vif qu'il le voudrait. Son regard cherche dans le nôtre un ordre nouveau et semble nous demander si nous sommes satisfaits. Il y a, dans cette expression, quelque chose de la soumission de l'animal qui fait peine à voir.

Rouget n'a pas d'idées délirantes proprement dites. Pas de délire ambitieux ni de persécution. L'affaiblissement des facultés ou la démence est le signe prédominant. Notons

cependant une dépression morale et générale, que sa situation d'inculpé explique suffisamment, mais qui est peut-être exagérée. C'est ainsi qu'il a quelquefois tendance à se croire perdu.

Symptômes généraux.

Aux troubles somatiques et intellectuels que nous venons de constater, ajoutons les symptômes généraux suivants : céphalalgie fréquente et lourdeur de tête presque continues. Peu de sommeil pendant la nuit. Rien de particulier dans les autres fonctions physiologiques qui s'accomplissent normalement. Quelques hallucinations de l'ouïe mal définies.

Vis-à-vis de symptômes aussi nettement caractérisés, nous affirmons que Rouget n'est pas guéri de l'affection sérieuse dont il est atteint depuis plusieurs années, et qui a nécessité son internement dans un asile d'aliénés. Certes, nous ne sommes plus devant l'aliéné désordonné, extravagant, dont le trouble des facultés était tel qu'il était nécessaire de l'interner dans une maison spéciale, mais la maladie n'en existe pas moins pour cela. Le pronostic en est tout aussi sérieux, je dirai même davantage malgré cette apparente amélioration qui peut en imposer pour une guérison ; car nous avançons toujours vers la terminaison qui sera fatalement mortelle, surtout à un degré aussi avancé de la maladie.

Nous ne devons donc voir, dans cette amélioration, qu'une phase différente de la maladie, c'est-à-dire une de ces rémissions heureuses qui surviennent quelquefois dans le cours d'une paralysie générale. Les rémissions se présentent sous trois formes. Dans la première, les signes de paralysie diminuent et même disparaissent, et les troubles intellectuels persistent. Dans la seconde, l'inverse se produit ; mais il faut observer que si les troubles intellectuels s'amendent,

les facultés restent affaiblies dans tous les cas; enfin la troisième forme est caractérisée par l'amendement des deux ordres de symptômes : c'est le cas le plus heureux dont a bénéficié Rouget.

Les troubles de la motilité sont ceux qui ont subi la plus grande amélioration. Le tremblement musculaire, qui était excessif, est devenu à peine appréciable. Rouget tremblait dans tous ses mouvements; il ne pouvait plus écrire et lorsqu'il s'est remis à faire de la photographie, il étendait avec la plus grande difficulté le collodion sur ses clichés. Aujourd'hui, il écrit parfaitement, son écriture est correcte et assurée; c'est à peine si on remarque quelques sinuosités dans les lettres majuscules. L'embarras de la parole était tel qu'il balbutiait souvent au point d'être incompréhensible; aujourd'hui il parle parfaitement; on ne remarque plus qu'un peu d'hésitation et de lourdeur dans la parole. Les pupilles sont devenues égales et normales. L'affaiblissement musculaire était excessif et général. La maladie était sur le point de passer de la deuxième période à la troisième, c'est-à-dire celle de prostration ou de marasme paralytique. Rouget était quelquefois gâteux; les jambes étaient souvent œdématisées. Tous ces signes ont disparu.

Les troubles intellectuels ont aussi été modifiés d'une manière heureuse, mais moins complètement. Le désordre des facultés mentales a disparu, mais leur affaiblissement persiste toujours, bien qu'à un degré moindre. Elles ont été frappées de décadence et en portent le cachet indélébile.

Les troubles de la sensibilité sont ceux qui s'amendent le plus difficilement dans la rémission. C'est ce que nous remarquons ici, et nous les trouvons actuellement presque aussi accusés qu'au plus fort de la maladie.

J'ai dit plus haut que nous devons d'autant moins nous en laisser imposer par cette rémission, que nous avançons davantage dans le cours de la maladie, et par conséquent vers la terminaison funeste. C'est d'autant plus vrai, qu'il

Il y a chez notre malade un signe qui fait craindre une marche rapide, dès que la période de rémission sera terminée. Nous avons noté chez Rouget de la dépression et de la tristesse. Cette forme est généralement la plus mauvaise, et lorsqu'elle succède au délire ambitieux de la première période, ou période d'excitation, le dénouement fatal n'est pas éloigné. C'est ce qui arrivera dans le cas particulier.

Conclusions.

Nous ne pouvons considérer cet homme comme guéri, et nous n'hésitons pas à prendre les conclusions suivantes :

1° Rouget est atteint de paralysie générale progressive, caractérisée par des troubles somatiques, intellectuels et de sensibilité. Une mort peu éloignée est la terminaison certaine de la maladie.

2° En conséquence, nous déclarons qu'il est irresponsable du crime de bigamie dont il est inculpé.

Novembre 1873.

PETRUCCI.

NOTA. Une ordonnance de non-lieu fut prise quelques jours après l'envoi de ce rapport; le nommé Rouget fut rendu à la liberté.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médico-psychologique.

Séance du 22 février 1875. Présidence de M. BLANCHE.

A l'ouverture de la séance, à laquelle assistera M. le docteur Obersteiner, médecin aliéniste de Vienne (Autriche); M. le Président félicite M. Loiseau de son rétablissement. M. Loiseau remercie ses collègues des preuves unanimes de sympathie dont il a été l'objet, et qui n'ont pas peu contribué à alléger ses souffrances.

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

Avant que l'ordre du jour ne soit entamé, M. Fournet tient à constater que le 27 janvier, M. Legrand du Saulle a fait une révélation fort importante sur la publication de nos travaux qui, d'après cet honorable confrère, serait moins l'exercice d'un droit que d'une hospitalité, — et qu'il n'a paru aucune trace de sa communication. Mais M. Motet prévient le débat, en offrant de prouver que la question de publicité est tranchée depuis longtemps par un article du règlement dont il donne lecture, et le traité intervenu entre la Société et le propriétaire des *Annales*, traité qu'il a sous les yeux.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

M. le Secrétaire général dépouille la correspondance qui comprend :

- 1° Une lettre de remerciements de M. Bateman, pour sa réception comme membre associé étranger de la Société;
- 2° Les numéros des 31 janvier, 7, 14, 21 février de la *Tribune médicale*;
- 3° Une brochure de M. Rey, interne de l'Asile Ste-Anne, sur l'hospice Pedro II, du Brésil.

M. Dally offre deux opuscules : l'un intitulé « *Contribution à la pathologie musculaire* », l'autre ayant pour titre « *Traitement méthodique des hypertrophies et des atrophies.* »

Rapport de candidature.

La parole est donnée ensuite à M. LEGRAND DU SAULLE, qui lit le rapport suivant sur la candidature de M. Laussedat.

Messieurs,

Dans l'une de vos précédentes séances, M. le docteur Louis Laussedat, membre de l'Académie de médecine de Belgique, a fait acte de candidature auprès de vous, et il vous a adressé, à l'appui de sa demande, la deuxième édition d'un ouvrage ayant pour titre : *La Suisse. Etudes médicales et sociales*. Au nom de la commission que vous avez nommée, je viens m'acquitter de la tâche facile de rapporteur.

Et d'abord, laissez-moi vous prévenir que c'est le titre de membre correspondant qu'a sollicité M. Laussedat, et non pas celui de membre-associé étranger. Notre honoré confrère, en effet, était chirurgien en chef de l'hôpital de Moulins, sa ville natale, lorsque le département de l'Allier l'envoya en 1848 siéger à l'Assemblée constituante, qui, à son tour, l'élut secrétaire. Eloigné de France un peu plus tard, M. Laussedat se fixa à Bruxelles, se soumit après vingt-deux ans d'exercice professionnel, aux épreuves du doctorat près de l'Université belge et recommença courageusement sa carrière. Les succès scientifiques l'indemnisaient rapidement des déceptions de la politique, et s'il a conservé encore aujourd'hui les profondes et loyales convictions de sa jeunesse, il n'en est pas moins devenu l'un des orateurs les plus écoutés de l'Académie de médecine, l'un des écrivains scientifiques les plus féconds de la presse médicale belge et le président d'honneur de la Société française de bienfaisance, à Bruxelles.

Dans son ouvrage, M. Laussedat nous apprend que la Suisse, pour une population de 2,650,000 habitants, possède 7,764 aliénés. Sur ce nombre, 58 0/0 de ces malades sont traités dans leurs familles et 42 0/0 dans les asiles. L'auteur a fait ça et là quelques relevés statistiques et il rapporte, par exemple, qu'à l'asile de la Waldau, sur 400 malades, 41 guérissent, 48 sont améliorés, 43 restent dans un état stationnaire et 28 succombent; puis, que dans ce même établissement, sur 1,513 aliénés (730 hommes et 783 femmes) traités de 1855 à 1871, on n'a compté que 70 cas de paralysie générale, 63 chez les hommes et 7 chez les femmes.

En Suisse, chaque canton jouit, en vertu de son autonomie et des lois qui lui appartiennent, d'une indépendance complète

dans l'institution et le mode de fonctionnement des services d'assistance publique. Aussi, l'un possède-t-il des petits asiles et l'autre de grands établissements. La générosité privée a joué un grand rôle dans la fondation des maisons d'aliénés. Ainsi, le magnifique établissement de Préfargier, près de Neuchâtel, est dû, en grande partie, aux sacrifices personnels d'un homme de cœur, M. de Meuron. L'asile de Zurich a été élevé par un grand nombre de souscripteurs et l'asile de Soleure a reçu plus de deux cent mille francs de dons. Indépendamment de ces initiatives privées si recommandables, les budgets cantonaux ont un chapitre consacré au service des aliénés.

En France, je suis bien obligé de le dire, les aliénés ne bénéficient aucunement des libéralités privées. Protégés par une loi tutélaire, confiés à la haute sollicitude des préfets et abondamment secourus par les conseils généraux, ils n'inspirent à peu près jamais la commisération des particuliers. Les testateurs philanthropes et les fondateurs d'œuvres charitables oublient la folie et ne tentent rien en faveur des invalides de l'intelligence ! Le dévouement médical subsiste seul, et il n'est pas rare de voir le médecin aliéniste, à son lit de mort, penser aux malheureux malades qui l'ont préoccupé pendant toute sa vie, et instituer un prix en faveur des meilleurs travaux sur les désordres de la raison. Léguer à la science sa dernière pensée et une part de son avoir, n'est-ce pas préparer peut-être de précieux éléments de guérison en faveur de nos chers malades ? Honneur donc à nos éminents et regrettés collègues, Aubanel et Falret !

En Suisse, chacune des quatre universités actuelles a dans son voisinage un établissement d'aliénés. Les directeurs-médecins de ces asiles enseignent aux élèves la psychiatrie théorique et clinique. Aucune entrave, aucune idée mesquine ne gênent et ne vicient cet enseignement. Les malades ne souffrent en rien des démonstrations dont ils peuvent être l'objet, et les médecins, pour se maintenir à la hauteur d'une semblable mission, travaillent beaucoup, groupent autour d'eux des élèves et font école.

Ce n'est pas encore précisément comme cela que les choses se passent en France. J'avoue, en ce qui me concerne, n'avoir pas formé un seul élève. J'ai parfois inspiré quelques thèses à peine médiocres, mais je n'ai pas encore eu la possibilité de dresser un clinicien. J'ai pu, à mon cours théorique, intéresser quelque peu des auditeurs, et j'ai pu, dans mon service, à

Bicêtre, ouvrir fréquemment de longues parenthèses, à l'occasion de quelques cas cliniques, mais je n'ai jamais possédé jusqu'à aujourd'hui les éléments nécessaires d'une vulgarisation pratique. Mais faut-il pour cela abandonner toute confiance dans l'avenir? Évidemment non.

Les études médicales et sociales de M. le docteur Louis Laussedat sur la Suisse sont remarquables à plus d'un titre, mais je dois faire à l'auteur le reproche d'avoir ignoré, à propos de la question des aliénés, un certain nombre de renseignements scientifiques importants et sévèrement contrôlés. Ces renseignements, il les aurait trouvés dans l'ouvrage bien connu d'un membre titulaire de la Société médico-psychologique.

Votre commission, Messieurs, a rapidement passé condamnation, et, en présence de l'honorabilité exceptionnelle et des nombreux travaux qui recommandent M. le docteur Laussedat à vos suffrages, elle n'hésite point à vous prier de conférer à ce membre si distingué de l'Académie de médecine de Belgique le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Les conclusions de ce rapport, mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité.

Étude clinique des maladies mentales.

La parole est à M. COLLINEAU, pour la lecture d'un projet de lettre destinée au ministre de l'Instruction publique, au sujet de l'étude clinique des maladies mentales, au nom d'une Commission composée de MM. Baillarger, Delasiauve, Lucas, Falret et Voisin.

Monsieur le Ministre,

A l'occasion de la récente désignation d'un professeur agrégé pour faire le cours complémentaire sur les maladies mentales et nerveuses institué à la Faculté de médecine de Paris, la Société médico-psychologique a l'honneur de vous soumettre les propositions suivantes :

Dépourvue de clinique spécialement affectée à l'observation des maladies mentales, la Faculté se trouve réduite à ne pouvoir donner, sur la matière, qu'un enseignement exclusivement théorique.

Il y a là, à notre sens, Monsieur le Ministre, une lacune d'autant plus regrettable que les élèves de la Faculté de Paris sont, en grande majorité, destinés à exercer la médecine dans des localités de second et de troisième ordre, et à se trouver ainsi isolés de tout concours plus expérimenté, lorsqu'ils auront à

statuer sur les cas de thérapeutique et de médecine légale les plus complexes et les plus graves.

Les connaissances pratiques qu'ils auront acquises sur l'aliénation durant le cours de leurs études constitueront la plus solide garantie de sécurité pour les intérêts sociaux qui leur seront confiés.

Afin de leur permettre d'acquérir ces notions pratiques, et pour combler la lacune que présente l'état actuel de l'enseignement de la Faculté, les médecins chefs de service dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine — tous membres de la Société médico-psychologique — ont l'honneur de vous faire part, Monsieur le Ministre, qu'ils sont disposés à recevoir, *par séries*, les élèves en médecine dans leurs services respectifs, et à leur donner sur les maladies mentales les connaissances cliniques qu'ils estiment indispensables.

Ces séries seraient *limitées, et composées d'élèves ayant au moins douze inscriptions.*

Les élèves seraient admis dans les asiles d'aliénés sur la présentation d'une carte spéciale délivrée par les soins de la Faculté de médecine.

Convaincus que de semblables propositions ne sauraient rencontrer de votre part qu'un accueil favorable, les membres de la Société médico-psychologique,

Ont l'honneur de vous prier, Monsieur le Ministre, d'agréer l'assurance de leurs sentiments de très-haute considération.

M. LUNIER propose d'exiger préalablement, non pas douze, mais seize inscriptions des élèves autorisés à suivre les cours cliniques.

M. MAGNAN répond, que d'après ce qu'il a vu, les élèves qui auraient pris ce nombre d'inscriptions ne s'occuperaient plus que de leurs examens de doctorat.

Il faudrait pour les obliger au travail de la spécialité, que leur présence comptât pour le stage, dit M. FALRET; et, d'après la loi, le stage n'est que de deux ans, laps de temps auquel la spécialité n'a aucun droit.

Ne confondons pas, fait justement remarquer M. LUNIER, deux questions très-différentes : l'une, légale, dans laquelle nous n'avons pas à nous immiscer; l'autre, médicale, qui ne comporte pas tant de formalités.

Et, pourquoi, s'écrie M. DELASIAUVE, la Faculté ne reconnaît-elle pas ce besoin ?

Vous pouvez être assurés, Messieurs, réplique M. BAILLARGER, que la Faculté ne dérogera pas à ses habitudes ; et, il me semble que nous devons nous borner à former des vœux pour que les élèves soient mis à même d'apprendre convenablement la médecine mentale.

M. LASÈGUE, invité à vouloir bien dire ce qu'il pense de la question, partage l'avis de M. Falret, à savoir : qu'il n'y a pas lieu d'espérer qu'une partie du stage soit employée à l'étude de l'aliénation.

M. BAILLARGER s'unit à M. Lasègue pour refuser toute assimilation entre le stage, fait librement dans les hôpitaux largement ouverts, et le temps d'études passé dans des asiles qui veulent des conditions personnelles et locales particulières.

M. COLLINEAU fait observer que le mot stage n'est qu'un terme de comparaison, et que l'étude dont il s'agit serait la suite du stage.

M. DELASIAUVE. C'est à l'autorité compétente à établir le principe et à lever les obstacles : le Doyen de la Faculté devrait même, lui aussi, nous prêter main-forte.

M. LUNIER. Nous nous sommes occupés de cette question à plusieurs reprises. Nous avons obtenu qu'un certain nombre d'élèves puissent assister aux cliniques spéciales. Pour obtenir davantage, nous devons nous adresser directement au Préfet de la Seine, duquel relèvent les asiles, et n'agir qu'officieusement auprès du Doyen qui, malgré la meilleure volonté, ne peut guère intervenir dans cette question.

M. LASÈGUE. Vos démarches aboutiront avec le temps, j'en ai l'intime conviction, et je le désire, comme partisan de la plus grande latitude à cet égard, mais à une condition : c'est que vous ne parlerez pas de stage, et que vous vous adresserez à qui de droit.

M. BOUCHEREAU. Les services d'aliénés sont entre les mains de la Préfecture de la Seine, et vous n'obtiendrez rien tant que le préfet de la Seine ne sera pas revenu sur sa détermination. C'est donc à lui qu'il faut recourir en premier lieu.

M. DALLY propose d'adresser une lettre au ministère de l'Intérieur et au ministère de l'Instruction publique ; parce que le ministre de l'Intérieur a la haute main sur tous les asiles et les préfets, et que tout ce qui concerne la science ressort du ministère de l'Instruction publique.

M. MOTET rappelle qu'une Commission, nommée dans le même but, a fait ce que demande M. Dally et n'a obtenu aucun résultat.

M. LUNIER. On obtiendra ce résultat en écrivant en même temps aux deux ministres et au préfet de la Seine assez bien disposé en ce moment.

M. VOISIN. Quel que soit le mode que vous adoptiez, la chose capitale est d'établir le principe, par tous les moyens à notre disposition, comme disait tout à l'heure M. Delasiauve; parce que si les hommes passent, les principes restent.

M. BLANCHE. De tout ceci, Messieurs, il résulte que la pièce qui vient d'être lue, doit être adressée simultanément aux quatre autorités compétantes, et qu'on ne prononcera pas le mot de stage, qui pourrait introduire une confusion déplorable. Je vous proposerai, en outre, une modification dans les termes. N'est-il pas inutile de faire intervenir l'agrégé, chargé du cours complémentaire à la Faculté, comme on l'a fait dans la première ligne de cette lettre? Une pareille entrée en matière a-t-elle bien sa raison d'être?

M. LASÈGUE. La réflexion est des plus justes. Pourquoi mêler la Faculté à nos discussions?

M. BLANCHE. Il serait facile de concilier les intérêts, sans froisser de susceptibilités, en demandant que les cours cliniques deviennent le complément des cours théoriques ordonnés par le ministre, mais sans désigner personne. Cette façon de procéder serait plus convenable, peut-être plus habile.

Cette proposition a l'assentiment de la Société, qui décide que la lettre lue par M. Collineau subira quelques changements de forme, et sera, à cause de l'opportunité, envoyée le plus tôt possible à destination.

La séance est levée à 6 heures 10 minutes.

D^r BERTHIER.

Séance du 5 avril 1875. — Présidence de M. BLANCHE.

M. LE PRÉSIDENT fait part du malheur qui a frappé récemment M. Motet, secrétaire général de la Société, dont la fille unique vient d'être enlevée en quelques jours par le croup.

La Société tout entière s'associe à la peine de M. Motet, et délègue deux de ses membres, MM. DUMESNIL, vice-président,

et COLLINEAU, secrétaire des séances, pour porter à M. Motet l'expression de ses sentiments sympathiques.

Messieurs AZAM, de Bordeaux, BULARD, médecin de l'asile de la même ville, et MARCHAND, médecin-directeur de l'asile de Toulouse, membres correspondants de la Société, assistent à la séance.

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

A propos du procès-verbal, M. LUNIER propose que les faits et documents communiqués en séance, dont la nature ne se prête pas à l'insertion dans les *Annales*, soient consignés par les soins de MM. les secrétaires particuliers sur un registre *ad hoc* qui sera mis à leur disposition.

La proposition est adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend une lettre contenant le programme et le règlement du Congrès international des sciences médicales qui se tiendra à Bruxelles le 19 septembre prochain, et demandant à la Société de nommer des délégués pour prendre part à cette solennité scientifique.

M. LUNIER rappelle à ce propos que lors du Congrès international de Vienne il avait été question de former une section de médecins aliénistes, mais que des considérations d'un ordre extra-scientifique avaient fait renoncer à ce projet. Rien ne s'oppose à ce qu'il soit repris à l'occasion du Congrès de Bruxelles. Peut-être y aurait-il lieu de provoquer la formation dans ce Congrès, d'une section de médecins aliénistes.

La Société charge M. Lunier d'écrire en ce sens au comité d'organisation du congrès international de Bruxelles.

MM. Linas et Lunier sont nommés commissaires du banquet qui aura lieu à l'issue de la séance prochaine.

Le prix Aubanel.

Il est procédé à la constitution de la commission pour le prix Aubanel. Elle se compose de MM. Baillarger, Blanche, Dally, Jules Falret, Legrand du Saulle, Lucas et Motet.

En vertu d'une décision antérieure, tous les membres de la Société sont admis à proposer une question comme sujet d'étude aux concurrents, et à développer les motifs qui ont déterminé le choix de cette question.

Les membres de la Commission auront à fixer le leur ultérieurement.

Les questions suivantes sont proposées :

1^o M. BOURDIN. *Des stigmates.*

Le besoin se fait sentir, dit M. Bourdin, de préciser dans la question des stigmates, les limites du domaine scientifique. Les travaux qui ont été faits sur ce sujet restent dans un vague regrettable à cet égard. Il convient de rendre à chacun ce qui lui appartient, ce symptôme se présentant dans des circonstances d'ordre très-divers.

2^o M. MOTET. *De l'extase, de la catalepsie et du somnambulisme dans les aliénations mentales avec prédominances délirantes à forme mystique.*

M. Motet voit dans une étude sur ce sujet, l'occasion d'observer scientifiquement les grandes épidémies de délire mystique, et de préciser la nature des phénomènes observés.

3^o M. DAGONET. 1^o *Aphasie transitoire dans la paralysie générale.*

Question d'une importance pratique très-grande.

2^o *Stupeur dans les maladies mentales; valeur de ce symptôme, diagnostic, pronostic.*

3^o *De l'hérédité dans la folie. Des causes qui peuvent, outre l'aliénation mentale des parents, transmettre la prédisposition héréditaire. Fréquence et importance de ces différentes causes. Existe-il des signes qui permettent de reconnaître la prédisposition héréditaire et les folies héréditaires?*

M. Dagonet signale l'importance de cette troisième question qui consiste à établir la proportion des différentes causes de folie. C'est une discussion entre toutes à l'ordre du jour.

4^o M. FOURNET. *Comment la physiologie et la psychologie s'unissent et concourent dans l'homme et dans la vie humaine.*

La question comprend deux termes. Ces deux termes sont précisément ceux qui constituent l'essence de la Société médico-psychologique. Il y aurait lieu de les envisager dans leurs affinités; et on aurait l'occasion de se livrer à des considérations philosophiques.

M. VOISIN. *Etablir au moyen de signes psychiques et somatiques, le diagnostic des délires partiels qui sont symptomatiques de la paralysie générale dans la période prodromique et dans la première période de l'affection.*

Depuis plusieurs années, dit M. Voisin, la proportion des délires mélancoliques au début de la paralysie générale semble

augmenter. C'est là une cause d'erreurs de diagnostic qui devient de plus en plus fréquente, et qu'il y aurait intérêt à élucider.

6° M. BERTHIER. *De la valeur diagnostique du tremblement dans l'aliénation mentale.*

On a trop de tendance, selon M. Berthier, à attribuer soit à l'alcoolisme, soit à l'intoxication saturnine, soit à la paralysie générale, le tremblement qu'on observe chez un grand nombre d'aliénés.

Ce tremblement est souvent purement et simplement émotif. Il se manifeste particulièrement dans la folie par délire de persécution. Un diagnostic différentiel exact serait très-important à établir.

7° M. BAILLARGER. *Rechercher et réunir les éléments du pronostic dans toutes les formes des maladies mentales.*

Il existe des dissidences au point de vue du pronostic des diverses formes mentales. Il serait avantageux pour la science de posséder un travail sérieux sur les éléments du pronostic dans l'aliénation. La question demanderait à être examinée dans ses divisions et sous ses aspects divers. Elle offre les éléments d'un très-bon travail pratique.

8° M. DELASIAUVE. *Des signes distinctifs des délires généraux et partiels, et des variétés de chacune de ces catégories au point de vue psychologique et pathologique.*

Les classifications, en matière d'aliénation, sont nombreuses. Chacun adopte l'une d'elles. C'est là, dit M. Delasiauve, une cause de confusion.

Il serait important d'établir une distinction bien nette entre le délire partiel et le délire général. Cette distinction est le point de départ de toute nomenclature rationnelle.

Chaque jour les auteurs se laissent aller à des assimilations vicieuses entre le délire partiel et le délire général.

Pour beaucoup d'entre eux, il n'y a entre les deux formes mentales qu'une diversité de degré. Ils ne saisissent pas la démarcation tranchée qui existe en réalité.

Cette question est une question maîtresse d'où découlent les autres. Pourquoi, par exemple, reste-t-on hésitant sur la détermination du pronostic? C'est que le diagnostic n'a pas, au préalable, été nettement déterminé.

La distinction entre le délire partiel et le délire général, est un point fondamental en aliénation, sur lequel il conviendrait d'établir l'accord.

9° M. BILLOD. *Chercher les bases d'une bonne classification des maladies mentales. La déduire d'un examen critique de toutes les classifications admises ou proposées jusqu'à ce jour.*

M. Billod considère comme urgent, dans l'état actuel de la science, de solliciter un effort en ce sens.

10° FALRET. *Des folies avec conscience, au point de vue clinique et médico-légal, ou plutôt des aliénés avec conscience de leur état au point de vue clinique et médico-légal.*

11° M. LOISEAU. *De l'influence des lésions organiques extracérébrales, sur le développement, le caractère, la marche et les terminaisons de la folie.*

12° M. LUNIER. *De l'état mental des apoplectiques.*

MM. Falret, Loiseau et Lunier présentent la question de leur choix sans commentaires.

Sur la remarque de M. FOURNIER, il est résolu que la question que la Commission adoptera, sera proposée aux concurrents pour le prix Aubanel, appuyée d'un commentaire détaillé rédigé par les soins de son promoteur.

De l'opportunité de recueillir des observations dans les asiles.

La parole est à M. BAILLARGER pour une proposition.

M. Baillarger donne lecture de la formule d'un projet qu'il a rédigé il y a dix ans et ayant pour titre : *De l'utilité que pourrait avoir, pour l'avancement de la science et en particulier pour la statistique médicale, une collection d'observations fournies par les internes des hôpitaux.*

Ces observations colligées en brochures, auraient été une mine de documents pour les travailleurs.

M. Baillarger propose de reprendre ce projet au point de vue de l'aliénation, et de demander à tous les médecins d'asiles de fournir chaque année un certain nombre d'observations — de six à dix — recueillies sous leur direction par leurs internes. Ces observations renvoyées à une commission de contrôle, seraient classées et le sommaire pourrait en être publié dans les *Annales médico-psychologiques*.

M. Baillarger demande qu'une commission soit nommée à l'effet d'étudier sa proposition.

M. LUNIER appuie la proposition, mais il pense que pour arriver à un résultat sérieux, il faudrait qu'elle fût présentée en quelque sorte impérativement, que les élèves attachés aux asiles fussent dans l'obligation de fournir ces observations; qu'elles devins-

sent un titre, une condition, s'il se pouvait même, de leur admissibilité à un poste de médecin adjoint.

La Société médico-psychologique ne peut intervenir dans la question qu'à titre officieux; il y aurait lieu de rechercher les voies et moyens pour que la proposition de M. Baillarger pût être mise à exécution.

M. LUCAS : Le seul moyen pratique consisterait à imposer aux internes de chaque asile l'obligation de fournir par année un nombre déterminé d'observations. Mais il y a une autre difficulté. Le nombre des élèves attachés à chaque service est trop restreint, pour qu'on puisse avec chances de succès, leur imposer un travail supplémentaire.

A part ceux qui sont résolus à faire de l'allénation leur carrière définitive, les élèves attachés aux asiles ne s'acquittent de leurs fonctions qu'avec une inertie, une irrégularité trop communes. La situation actuelle dénote à cet égard une incurie déplorable.

M. AZAM : A l'asile de Bordeaux, on oblige les élèves à fournir des observations. Il y aurait lieu pour faire fructifier la proposition de M. Baillarger, d'agir sur les internes et de faire des observations recueillies une condition d'admissibilité à l'adjuvat.

M. DELASIAUVE : Ce qui nous manque dans nos services ce sont les auxiliaires de tout rang.

A peine installés, les internes ont hâte de quitter les services d'aliénés pour un service de médecine ou de chirurgie plus en rapport avec le genre d'études qu'ils veulent embrasser.

Il y a dans les asiles une pénurie de personnel vraiment pitoyable.

En cas de maladie, d'absence ou de surcharge, chaque médecin chef de service devrait avoir près de lui un chef de clinique prêt à le suppléer ou à le seconder.

M. BILLOD : En fondant les *Archives cliniques des maladies mentales*, M. Baillarger a fait aux médecins des asiles un appel qui n'est pas resté sans écho. Il y aurait lieu, je crois, de répéter cet appel. Il serait entendu assurément.

M. LUNIER propose d'étendre les pouvoirs de la Commission que M. Baillarger demande d'instituer et de lui confier l'étude des conditions normales de l'internat dans les asiles d'aliénés.

En général, les internes des hôpitaux, à Paris du moins, ne fournissent dans les quartiers d'aliénés qu'un service insuffisant. Il faut pour stimuler le zèle des internes, un objectif d'a-

vancement hiérarchique qui manque à ceux qui ne comptent pas faire de l'aliénation mentale leur spécialité.

M. VOISIN croit que les internes des hôpitaux peuvent présenter toutes les garanties de bons services dans les asiles. Il est indispensable qu'ils y séjournent un certain temps. Ils ne sauraient en être exclus. Ils y puisent sur l'aliénation des principes qui les guident durant tout le cours de leur carrière.

Dans tous les cas, le concours paraît à M. VOISIN la seule condition sérieuse pour l'admission des élèves à titre d'internes dans tout service médical de quelque ordre qu'il soit.

M. FALRET : Il y a deux ans, la question a été discutée en commission à la Salpêtrière. Des conclusions ont été prises; seulement il n'y a pas été jusqu'ici donné suite, sur le terrain de l'application.

Il est résolu qu'une commission de sept membres sera nommée par la Société médico-psychologique, et que cette commission sera chargée d'examiner les moyens pratiques d'obtenir l'envoi à la Société médico-psychologique d'observations rédigées par les internes des asiles d'aliénés.

Cette commission se compose de MM. BAILLARGER, BILLOD, DELASIAUVE, DUMESNIL, FALRET, LUCAS, LUNIER.

La séance est levée à six heures.

D^r COLLINEAU.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

Le « *Mental Science* »

(2^e trim. de 1872).

TRAVAUX ORIGINAUX.

- 1^o *La température dans la paralysie générale des aliénés*, par le D^r Julien Mickle.
- 2^o *Cas de lésion comprenant la circonvolution de Broca sans l'aphasie de Broca*, par les docteurs Batty Tuke et John Fraser.
- 3^o *Abolition de l'isolement en cellule*, par le docteur T. O. Wood.
- 4^o *Folie et homicide* (1).

On a pu lire ces jours derniers dans la *Gazette hebdomadaire* la relation d'un cas de température extraordinaire observé chez un malade par un médecin anglais, le docteur Teale. Le malade, atteint d'une affection des enveloppes de la moelle a présenté une température de 51° centigrades et a guéri!

Ce fait, inoui pour l'observateur, est décevant pour les travailleurs, qui, suivant la voie ouverte par les Wunderlich, les Parkes, les Charcot, consacrent beaucoup de temps à relever des chiffres, avec l'espoir que ce travail aride donnera plus tard des fruits excellents. Bon gré, mal gré, il faut bien reconnaître que le fait du docteur Teale tend à renverser une des plus belles lois pronostiques que l'on croyait acquise à la science, et qu'un homme ne meurt pas quand sa température atteint 44 degrés. Cela ne prouve pour nous qu'une chose : c'est que

(1) Ce numéro contient en outre : 1^o un article du docteur Daniel Tuke : Démonstration de l'influence de l'esprit sur le corps en état de santé et de maladie, etc., etc. Dans une autre partie de ce journal, M. Briere de Boismont a fait de ce travail une analyse détaillée. Nous n'avons pas à y revenir.

2^o La première partie d'une étude du docteur J. R. Gasquet sur *Les fous du théâtre grec*, étude que nous résumerons ultérieurement.

la science thermométrique est encore à son début et que sans cesser de donner de belles promesses, elle exposera longtemps ceux qui s'en occupent à des tâtonnements, et peut-être à des déceptions, avant qu'on puisse l'asseoir sur des lois sans appel. Ces lois ne pourront être formulées que bien tard; aussi doit-on accueillir avec faveur les consciencieuses observations qui permettent d'accumuler des faits dont on tirera enfin de sûres déductions.

Si nous osions adresser un reproche au travail sérieux dont il est ici question, ce serait d'être limité à un trop petit nombre de cas. Les observations de M. Mickle sont au nombre de neuf divisées en deux séries.

La première série comprend cinq malades qui diffèrent par l'étiologie, l'époque de l'invasion, le degré d'altération de la motilité et la nature du délire, mais ont cela de commun qu'ils sont encore indemnes de toute affection viscérale et de ces attaques propres aux paralytiques. L'auteur donne pour chaque malade les températures moyennes mensuelles du matin et du soir. Il a noté le pouls et la respiration.

La seconde série comprend quatre cas à terminaison fatale. Les malades ont présenté des complications viscérales ou de nature convulsive qui ont hâté le dénouement, et leur température a subi des oscillations nombreuses et intéressantes que l'auteur a relevées avec la plus scrupuleuse attention et qu'il a consignées avec soin dans son mémoire qu'il termine par les considérations suivantes :

1° Une élévation de température accompagne souvent les paroxysmes d'agitation;

2° Une élévation de température précède et annonce souvent les attaques congestives ou convulsives et les accompagne presque toujours;

3° Lorsque l'état congestif, ou d'excitation maniaque se prolonge, l'élévation de température qui lui est liée se prolonge aussi habituellement;

4° La défervescence succédant à l'élévation de température qui a marqué un accès d'agitation ou une attaque apoplectiforme, précède souvent les autres symptômes qui indiquent le retour à l'état ordinaire;

5° Les attaques apoplectiformes et les exacerbations maniaques de moyenne intensité ne sont pas néanmoins invariablement associées à une augmentation de chaleur;

6° Une élévation passagère de température peut avoir lieu

sans qu'on puisse l'expliquer par un changement apparent dans l'état physique ou mental du malade ;

7° Dans la paralysie générale, la température du soir est habituellement plus élevée que celle du matin. Cette règle est formelle dans les cas graves et rapidement mortels ;

8° La température du soir *relativement* élevée, doit faire porter un pronostic fâcheux, alors même qu'elle n'est pas *absolument* très-élevée ;

9° Les cas à marche rapide peuvent présenter des températures du soir et du matin au-dessus de la moyenne, longtemps avant qu'une complication soit déclarée ;

10° Le marasme graduel qui conduit à la mort, dans la paralysie générale, peut coïncider avec une température normale, ou à peu près normale, réserve faite des élévations de température temporaires occasionnées par les attaques auxquelles les paralytiques sont sujets ;

11° L'invasion de la pneumonie, notamment, et la fièvre hectique causée par les escharres, se distinguent par une production intense de chaleur. Quand la pneumonie doit hâter la terminaison, la température et le pouls se maintiennent très-haut ; toutefois, il peut se faire que la température s'abaisse un peu avant la mort tandis que la respiration devient extrêmement rapide.

Les Drs Batty Tuke et John Fraser ont présenté dans une séance de la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg (février 1872) un cas qu'ils signalent comme fort important au point de vue de l'état actuel de la pathologie de l'aphasie. Dans ce fait, la moitié postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche était complètement détruite, aussi bien la substance grise que la substance blanche, et cependant la seule atteinte du langage consistait en une amnésie partielle des mots. Les autres points d'intérêt sont : la mise à nu du noyau extra-ventriculaire du corps strié sans qu'il fût morbidement affecté, et l'absence d'hémiplégie droite.

Observation.— Mlle R..., non mariée, entre à l'asile de Fife et Kinross le 14 décembre 1868. Cette femme a un cousin, aliéné, pensionnaire à l'asile de Dundee. Elle a eu une attaque d'apoplexie, il y a onze ans. Cette attaque n'a pas été suivie de paralysie, mais de mutisme pendant quelque temps ; elle n'a pas, en outre, l'intelligence faible. Il y a quatre semaines, elle a eu des hallucinations de

l'ouïe et de la vue et a tenté de se suicider. Ses actes extravagants ont motivé son admission à l'asile. Dans la maison elle est calme, laborieuse. On n'observe chez elle qu'un délire partiel, elle confond les jours de la semaine. Tout le temps qu'elle a vécu à l'asile, elle a eu de la difficulté à parler. L'articulation des mots est pénible ; cela tient à une paresse de la lèvre supérieure particulière à la malade. Mais il n'y a pas de véritable paralysie. Elle a beaucoup de peine à dire le nom de certains objets, d'autant plus de peine que le nom est moins usité. Aussitôt qu'elle entend prononcer le nom elle le dit sans hésitation. — *Il n'y a donc pas aphasie, mais un peu d'amnésie.* La lecture lui est possible puisqu'elle y consacre ses heures de loisir. On ne l'a jamais vue écrire. La mémoire est un peu affaiblie, surtout pour les faits récents.

Elle avait une affection de la moelle depuis plusieurs années. Elle marchait courbée, et souffrait d'une douleur constante, augmentée par la pression, au niveau des 3^e et 4^e vertèbres dorsales. Elle est devenue paraplégique deux mois avant la mort qui est arrivée le 26 décembre 1872.

Voici les détails de l'autopsie :

Le cuir chevelu est dense et épais. Les tables des os sont épaissies. Le diploé est mince. Les membranes sont saines, à part quelques adhérences anciennes à gauche antérieurement. Le cerveau paraît avoir subi une légère diminution de volume, mais la quantité de sérum qui s'écoule (une once $\frac{1}{2}$) n'est pas suffisante pour faire admettre une véritable atrophie. En enlevant la dure-mère à gauche, on trouve quelques adhérences légères entre les feuillets de l'arachnoïde. Elle sont aisément détachées et mettent en évidence une cavité creusée dans la substance cérébrale à la partie postéro-inférieure externe du lobe frontal gauche. Ses contours sont irréguliers, elle est pleine de sérum et de ses parois se détachent de minces filaments blancs. Le sérum est opalescent, d'ailleurs normal, et fourni par l'arachnoïde viscérale. La mensuration de la cavité a donné les dimensions suivantes : grand axe, d'avant en arrière, deux pouces et quart ; verticalement, un pouce trois-seizièmes, sa plus grande profondeur est de trois quarts de pouce ; ailleurs, elle est seulement d'un demi-pouce. Cette lésion a détruit : en arrière, le quart inférieur de la circonvolution ascendante pariétale (laissant intacte, postérieurement, une petite portion du joint dans lequel se termine ce repli), le tiers inférieur de l'ascendant frontal, le bord inférieur de la

seconde frontale, et la moitié postérieure de la troisième frontale de Broca (frontale inférieure de Turner). Inférieurement, on voit une arête peu saillante qui paraît être le vestige du bord inférieur de la troisième circonvolution. A cette exception près, la moitié postérieure de la troisième frontale est entièrement détruite, aussi bien dans la substance grise que dans la substance blanche. La limite inférieure de la lésion est la circonvolution marginale supérieure. Le fond semble être délimité anatomiquement, poli, arrondi, ne présentant pas de traces d'une action morbide. L'incision de ce fond démontre que c'est le noyau extra-ventriculaire du corps strié. Les bords de la lésion qui embrasse les circonvolutions sont déchirés, comme produits par une érosion ; mais, ici, rien n'indique une action inflammatoire, car il n'y a ni induration, ni ramollissement, ni épaissement des membranes. L'examen microscopique de la substance grise, prise au lobule orbitaire et aux divers replis supérieurs, montre peu de cellules nerveuses, quelques-unes présentent la dégénérescence graisseuse. Les fibres nerveuses sont moniliformes et tellement faciles à distinguer qu'il y a lieu de supposer qu'elles sont épaissies. Les vaisseaux présentent, attachée à leur tunique externe, une matière finement granuleuse, de couleur jaune et légèrement réfringente, abondant surtout à leur bifurcation. Un grand vaisseau présentait une remarquable prolifération de noyaux. Les corpuscules amyloïdes sont en quantité dans les couches profondes des circonvolutions, mais on n'en voit pas bien positivement à la surface. Ces corps ont un double contour, quelques-uns ont un centre granuleux. Leur grosseur varie de un à deux diamètres de globules sanguins.

Le docteur Turner, professeur d'anatomie à l'Université d'Edimbourg, qui a vu le spécimen de la pièce anatomique et trouvé fort exacte la description qui précède, est d'avis que plus de la moitié de la circonvolution de Broca était atteinte. Et comme le professeur Broca considère qu'il suffit du tiers Postérieur pour compromettre la localisation du langage, on aurait dû trouver à plus forte raison, chez cette malade, une aphasie caractérisée.

Cette observation suggère à MM. Tuke et Fraser une étude critique des faits qui semblent être en opposition avec les données qui assignent une localisation précise à la faculté du langage, ils passent successivement en revue les cas : d'aphasie avec lésion, d'aphasie sans lésion et de lésion sans aphasie.

Pour eux, quand une lésion se complique d'aphasie, il n'y a là qu'une simple coïncidence, et il est facile de comprendre que cette coïncidence arrive plus fréquemment dans les cas de lésions du lobe frontal gauche. En effet, non-seulement la partie antérieure du cerveau est plus exposée aux violences extérieures, mais c'est le seul endroit où une blessure puisse ne pas être suivie de mort immédiate, et dans lequel une lésion chronique puisse se développer, donnant lieu à des symptômes de l'ordre de ceux qui nous occupent.

La fréquence des embolies formées dans l'artère cérébrale moyenne gauche explique, en second lieu, que le ramollissement inflammatoire et le caillot apoplectique se forment surtout dans le lobe frontal gauche.

La fréquence des faits d'aphasie avec lésion du lobe frontal gauche, a porté un grand nombre d'esprits distingués à y voir un rapport de cause à effet. C'est ainsi que Broca place la lésion de l'aphasie et, par conséquent, le sens du langage dans le tiers postérieur de la troisième frontale gauche; le docteur Ogle est d'accord avec lui, mais il sépare le sens de la mémoire, qu'il localise dans une circonvolution contiguë. D'après le docteur Bastian, la parole réside dans les fibres efférentes du corps strié ou dans ce corps lui-même. Ces fibres efférentes relient, d'après le docteur Robertson, les circonvolutions extérieures du lobe frontal gauche avec le centre moteur. Le docteur Sanders propose l'insula de Reil, et le docteur Maudsley s'abstient d'avoir une opinion.

Les faits du second groupe (aphasie sans lésion) ne prouvent rien. Les partisans de la localisation peuvent affirmer, en effet, que l'aphasie transitoire a été causée par une modification passagère dans la nutrition et la structure intime des fibres nerveuses, dont la modalité fonctionnelle a pu être altérée pendant un temps plus ou moins long.

Mais l'argument le plus sérieux contre la doctrine est constitué par le troisième groupe de faits (lésion sans aphasie). L'observation de ce jour en est un exemple frappant. Ici, le siège indiqué par Broca, les fibres efférentes de Robertson, tout cela n'existe plus, et néanmoins il n'y a pas d'aphasie ataxique. Tout au plus pourrait-on attribuer l'amnésie observée à la lésion d'une circonvolution contiguë (théorie d'Ogle). Mais, outre que l'amnésie était peu marquée dans ce cas, la science en possède d'autres, avec destruction complète des lobes frontaux sans amnésie.

En résumé, disent MM. Tuke et Fraser, l'aphasie peut correspondre à des lésions de toutes les parties du cerveau. La plus grande fréquence des lésions du lobe frontal gauche explique que le symptôme aphasie se présente plus souvent avec cette altération, et il ne faut voir là qu'une coïncidence. On doit donc renoncer pour aujourd'hui à assigner un siège au sens du langage.

Ils pensent qu'il faut séparer absolument, dans le langage, l'élément moteur de l'élément psychique. Toute lésion chronique grave du cerveau doit exercer une influence profonde sur ses fonctions. L'altération du sens de la parole est l'expression du trouble général survenu dans les fonctions cérébrales. Remarquons que les corpuscules amyloïdes trouvés à l'autopsie chez cette femme, ont été signalés par M. Batty Tuke dans le cerveau des vieillards morts en démence. Ne peut-on pas établir un rapprochement entre la dégénérescence morbide des *amnésiques* et la régression sénile dont le premier symptôme est l'amnésie?

L'amnésie s'expliquerait donc par une dégénérescence du cerveau sous l'influence d'une affection chronique. Quant au siège de l'aphasie proprement dite, tout resterait à faire pour le déterminer.

Les auteurs de cette observation remarquant d'une part que le noyau extra-ventriculaire du corps strié est intact et qu'il est plus ou moins lésé dans des cas d'aphasie vraie, et alléguant d'autre part son importance anatomique, proposent aux recherches des pathologistes l'étude de cette partie du cerveau, pour arriver à résoudre la question.

Dans une note lue à la séance trimestrielle de la Société médico-psychologique d'Edimbourg, le 30 novembre 1874, le docteur Wood, médecin en chef de l'asile de Dunston Lodge, a demandé l'abolition de l'isolement en cellule pour les aliénés agités.

Ainsi qu'il le fait remarquer, la théorie de son système est moins discutable que sa pratique. Il est certain que, toutes les fois qu'elle sera applicable, la réforme qu'il propose est de nature à modifier avantageusement l'état des malades. En effet, l'aliéné agité a besoin de dépenser par l'exercice, par une certaine fatigue physique, l'excitation à laquelle il est en proie. L'indication est de laisser s'échapper au dehors et

s'épuiser toute seule cette suractivité de l'organisme qu'on doit respecter au même titre qu'une éruption varioleuse.

Isoler un malade en cellule, est le condamner à une insomnie complète qui devra être combattue par les sédatifs. Or le traitement de la folie par les sédatifs, dont l'efficacité est d'ailleurs contestable, a été justement condamné par plusieurs autorités médicales, entre autres par le docteur Maudsley.

Dans cinquante asiles renfermant 28,673 malades, l'isolement en cellule a été employé 5,462 fois, soit presque un malade sur cinq. D'autre part, dans quatre asiles d'une population moyenne de 531 malades, il n'a pas été pratiqué une seule fois pendant l'année précédente ; et dans trois autres, d'une population moyenne de 827, et d'un nombre total de 2,481, il a été employé seulement quatre fois. Enfin dans un grand asile de plus 1,400 malades, un seul a été mis en cellule.

En un mot, tandis que, dans un asile, les malades en cellule sont dans la proportion de un sur six, dans un autre cette proportion est de un sur mille quatre cent cinquante-cinq.

La société doit faire ses efforts pour qu'une pareille divergence dans la pratique des médecins aliénistes cesse d'exister, surtout s'il est démontré, ce qui paraît être le cas, que dans les établissements où l'on n'a pas recours à la réclusion, la moyenne des guérisons l'emporte sur celle des asiles où l'on suit une méthode opposée.

Le docteur Wood s'applaudit beaucoup du système qu'il a pratiqué et qui réclame, suivant lui, les conditions suivantes :

1° S'abstenir autant que possible de sédatifs, pendant le jour, les donner seulement pour la nuit, dans le but de procurer le repos au lit ;

2° Avoir toujours à sa disposition un nombre suffisant de gardiens de service pour exercer une incessante surveillance auprès des agités ;

3° Avoir une cour en plein air où l'on pourra isoler au besoin un malade trop agité des autres malades susceptibles d'entretenir son agitation.

Telle est la pratique du médecin de l'asile de Dunston Lodge. Il reconnaît que la seconde condition, celle qui a trait à la surveillance, est parfois difficile à remplir convenablement. Il faut avouer que les résultats obtenus par ce moyen sont vraiment remarquables. Le nombre des guérisons ayant été l'année précédente de 5,26 pour cent.

En France, du reste, on a recours à l'isolement en cellule, beaucoup moins souvent, en général, qu'en Angleterre.

Folie et homicide. « Les récentes affaires en cour d'assises, pour meurtre, où la folie a été alléguée par la défense, démontrent l'insuffisance absolue d'un jury ordinaire pour se prononcer sur la difficile et délicate question de l'état mental de l'accusé. Par une singulière anomalie de la jurisprudence anglaise, on peut appeler des hommes spéciaux comme experts dans des causes civiles, tandis que dans des affaires capitales il peut en être tout autrement. Les jurés, absolument incompétents, subissent l'influence d'un témoin adroit ou absurde. Encore, dans des cas d'empoisonnement, un bien petit nombre de ces jurés s'aventure à se prononcer sans connaissances chimiques préalables ; mais en matière d'aliénation mentale, ils ne doutent de rien. Un homme est fou quand il est furieux ou idiot ; inutile de leur parler de ces nuances délicates qui ne sont connues que des hommes spéciaux dont on refuse l'assistance à l'accusé dont la vie est en cause.

« Le plus triste est que les juges eux-mêmes, au lieu de chercher à éclairer le jury, contribuent à le pousser dans l'erreur, en le flattant, lui persuadant qu'il est capable de se prononcer sur les cas de ce genre et lui insinuant des théories erronées. Dans un procès récent, en Ecosse, le juge a bien voulu apprendre au jury que les symptômes qui précédaient l'invasion de la folie, allaient toujours en augmentant jusqu'au moment du début de l'accès. Cela ne s'était pas passé ainsi dans le cas qui se présentait, et la folie fut rejetée ; et pourtant l'homme était fou.

» Les juges ne sont pas seulement ignorants, ils sont hostiles aux médecins. Ils ont pour critérium cet aphorisme que la conscience d'un acte en entraîne la responsabilité, et l'appliquent aveuglément aux aliénés qui n'ont pas tout à fait perdu la conscience de leurs actes, en accueillant fort mal l'ingérence des aliénistes, qui deviennent pour eux de véritables adversaires.

» Il y aura toujours conflit entre les hommes de science et la loi faite juge, tant que la loi ne sera pas à la hauteur de la science. Après dix-huit cent soixante-douze ans de christianisme, nous voyons de pauvres fous porter leur tête sur l'échafaud, sacrifiés par l'incroyable obstination de ces mêmes hommes de loi qui furent les derniers à prendre en pitié, jadis,

les malheureuses vieilles femmes qu'on exécutait comme sorcières. Le médecin doit saisir toutes les occasions de protester contre ces déplorables sentences.

» La folie est une maladie physique. C'est aux médecins, non aux magistrats, qu'il incombe de la mettre en évidence dans les cas douteux, car un médecin est seul compétent pour apprécier un état morbide, son caractère véritable et ses symptômes. Du reste, les adversaires des médecins ne cachent pas que la loi doit moins rechercher la responsabilité de l'individu qu'assurer la défense des grands intérêts sociaux. L'un d'eux cite complaisamment ce mot d'un juge qui condamnait un homme à mort pour avoir volé des moutons : « Vous ne serez pas pendu pour avoir volé des moutons, mais pour que les moutons ne puissent plus être volés. » Ceux qui emploient de pareils arguments montrent qu'ils méconnaissent entièrement la folie et l'irresponsabilité qu'elle entraîne. Pendre un fou meurtrier n'empêchera pas d'autres fous de commettre de nouveaux meurtres. La punition infligée à un écolier qui fait des grimaces doit le corriger sans doute, mais si ce malheureux enfant a un tic de la face, la punition ne le guérira pas. La société doit enfermer les fous dans les asiles. Du même coup elle traite leur maladie et se préserve de leur contact dangereux.

» Il est aisé de se rendre compte de la façon défectueuse dont procède la justice. Chaque partie appelle en témoignage des hommes de science qui, à leur insu, déposent presque toujours avec partialité, car ils échapperont difficilement à l'influence de ceux qui les ont demandés. Etant donnée l'incapacité des juges et du jury, on admettra que la lumière ait quelque peine à se produire par cette méthode. Chose bizarre ! l'amirauté s'adjoint des marins pour juger les causes navales ; un simple juge de la chancellerie peut s'entourer de commerçants, de comptables et d'ingénieurs. . . . Si la loi anglaise n'était pas plus soucieuse de la propriété que de la vie, il y a longtemps qu'elle aurait été modifiée dans l'instruction des causes criminelles.

» Et cependant les faits abondent pour démontrer l'urgence d'une réforme. »

Plusieurs affaires de cour d'assises sont relatées longuement dans cet article. Nous nous bornerons à les mentionner en en faisant ressortir les traits saillants.

« Le 16 décembre dernier, le nommé Samuel Wallis, cor-

donnier, comparait devant la cour, inculpé de meurtre sur la personne de sa femme, qu'il a tuée d'un coup de tranchet. Cet acte est d'autant plus extraordinaire que les deux époux vivaient en parfait accord. Il avait consulté autrefois un médecin qui vient déposer aujourd'hui, et le déclare hypochondriaque et mélancolique. La même opinion est partagée par le médecin de la prison. Ces deux témoignages lui ont sauvé la vie. S'il n'a pas été pendu, ce n'a pas été la faute du juge, qui a fait remarquer au jury que l'accusé n'avait ni hallucinations, ni conduite excentrique, et qu'il était dangereux de laisser prévaloir le système de défense par la folie, présenté par l'avocat et les médecins.

• Le nommé James Taylor, marin, âgé de 38 ans, assassine, pour un motif futile, un veillard de 80 ans. Il appelle lui-même la police et se constitue prisonnier avec le plus grand calme. Le docteur Hunter, chirurgien de la marine royale, nous apprend que le prisonnier a reçu un coup à la tête au cap de Bonne-Espérance ; il a en outre de fréquentes attaques de *delirium tremens*. Elles ont jeté le prisonnier dans un état que le médecin prend soin de distinguer de l'ivrognerie simple et qui est rendu évident par deux faits remarquables : 1° il a souvent essayé de se suicider (témoignage de la propriétaire de Taylor) ; 2° il était incapable, même en dehors d'un excès de boisson, de compter, les jours de paye, l'argent qu'on lui donnait (témoignage du député juge-avocat de la flotte). La folie a été admise par les jurés.

• Dans ces deux cas, les prisonniers ont eu la chance, le premier d'avoir consulté un médecin, le second d'avoir été observé par des chirurgiens officiels et le député juge-avocat de la flotte. Il est probable que si leurs antécédents eussent été moins connus, le résultat eût été différent, et que, par exemple, pour le matelot Taylor, le juge eut supplié les jurés de ne pas laisser l'ivrognerie servir d'excuse au crime.

• L'affaire du Révérend John Waston, dont on a beaucoup parlé et sur laquelle on a beaucoup écrit, ne s'est pas terminée aussi heureusement que les deux précédentes.

• Un savant et vénérable pasteur, parvenu au déclin d'une vie laborieuse est tout à coup privé de sa place et jeté dans un état voisin de la misère. À partir de cette époque, il tombe dans une mélancolie profonde, dont le fâcheux résultat est le meurtre de sa femme, accompli sous l'influence d'un accès d'agitation momentanée. Depuis longtemps il avait eu des idées

de suicide ; un an auparavant il s'était procuré de l'acide prussique, mais ses sentiments religieux l'avaient éloigné jusque-là de tout acte violent. Après l'acte épouvantable qu'il a commis, il songe sérieusement au suicide ; il laisse en partie soupçonner ses intentions à sa domestique ; mais la dose de poison qu'il a prise est insuffisante pour donner la mort ; il se remet et comparaît devant la cour d'assises. Nous ne pouvons entrer dans les détails de ce procès dont les débats ont longtemps occupé la presse, mais nous dirons tout de suite que la discussion qui s'est élevée sur l'état mental de l'accusé n'était pas faite pour éclairer la justice. Ici, surtout, l'on a pu voir combien est vicieuse la pratique d'après laquelle on admet que les médecins doivent déposer isolément dans une affaire criminelle. Comment le juré peut-il se faire une conviction en voyant deux spécialistes distingués, soutenir contradictoirement l'un la folie, l'autre l'intégrité de l'intelligence ? Ce n'est pas cependant que de savants rapports n'aient été faits à l'occasion du Révérend Walson, rapports qui ont mis en évidence chez l'accusé le *raptus melancholicus* de Griesinger, ce délire latent qui se fait jour, parfois avec une violence inouïe, par des attentats contre le malade lui-même, contre les autres, ou contre des objets inanimés. On doit considérer les états divers appelés folie-suicide, homicide, incendiaire, etc., comme des formes diverses de la mélancolie ; dans le cas d'homicide, comme chez le Révérend Walson, l'aliéné choisit de préférence ses proches ; les blessures qu'il fait sont effroyables et plus que suffisantes pour tuer et l'acte terrible qu'il vient de commettre le laisse froid et indifférent. C'est à ces trois caractères réunis qu'on reconnaît l'état de folie. Le Dr Begley, un des médecins appelés dans cette affaire, a démontré, contrairement à l'opinion d'un de ses confrères, que deux aliénés qui avaient l'intention de se suicider ont parlé de leurs intentions avant de les mettre à exécution.

» Le malheureux vieillard fut condamné à mort, mais sa peine fut commuée en une détention perpétuelle.

» On doit reconnaître néanmoins dans cette affaire une grande impartialité de la part du juge. Il avoue que cette loi qui, pour affirmer la culpabilité d'un meurtrier prétend apprécier son intégrité d'esprit au moment du crime, a subi les critiques de plusieurs savants ; mais c'est la loi, et elle ne peut être changée que par arrêt du parlement.

On ne trouve malheureusement pas la même rectitude dans la conduite des débats d'un procès qui s'est jugé la semaine suivante aux mêmes assises. Cette fois il s'agit d'une empoisonneuse. Cette femme, nommée Christiana Edmunds, avait déjà tenté, autrefois, d'empoisonner la femme d'un médecin de sa connaissance, par un motif de jalousie, dit l'accusation. Plus tard elle réussit à mettre de la strychnine dans les bonbons d'un confiseur du pays, qu'elle voulait faire accuser du premier crime. Par ce fait, plusieurs enfants présentèrent des symptômes d'empoisonnement et l'un d'eux mourut.

» Le point important qui ressort de l'instruction est la loi d'hérédité à laquelle l'accusée paraît avoir fatalement obéi. Son père est mort aliéné paralytique à l'asile de Southall; son frère est mort de folie épileptique à Earlswood. Sa sœur, morte à 36 ans, était atteinte d'hystérie et avait des propensions au suicide. Son grand-père maternel s'est éteint dans la démence. Enfin, elle avait un cousin germain idiot. L'accusée elle-même était hystérique et on était obligé de l'enfermer la nuit.

» Trois médecins distingués, les D^{rs} Wood, Robertson et Maudsley concluent à la faiblesse intellectuelle et à la perversion du sens moral, et déclarent cette femme irresponsable. Mais le juge ne l'entend pas ainsi, et s'empresse d'apprendre au jury ce que l'auteur de cet article appelle plaisamment l'Évangile selon le baron Martin. Grâce à lui, l'étude de la folie est simplifiée et mise à la portée de tout le monde. Il y a quatre catégories de fous : 1^o le fou idiot; 2^o le fou maniaque; 3^o le fou qui a les instincts du tigre; 4^o celui qui a des illusions et qui par elles perd la conscience de ses actes. Puis une plaisanterie d'un goût douteux : « Il est rare qu'on plaide la folie pour un pauvre, ce système de défense est réservé à l'homme riche. » Le juge conclut en posant la question sur son terrain habituel : L'accusée avait-elle, oui ou non, conscience de ce qu'elle faisait au moment du crime ?

» Christiana Edmunds fut condamnée à être pendue, puis en définitive envoyée à Broadmoor.

» Tous ces exemples montrent combien il importe de modifier la législation criminelle anglaise. Les modifications doivent correspondre à deux points principaux : 1^o le droit du jury d'apprécier l'intégrité d'esprit de l'accusé au moment du crime; 2^o le rôle et le choix des médecins experts. Ce second point suggère à l'auteur quelques réflexions utiles. C'est une

mauvaise pratique de consulter les médecins séparément, comme des témoins ordinaires. On les expose à des dissidences qui ne sont pas de nature à éclairer le jury. La méthode française, qui consiste à nommer une commission de médecins pour rédiger un rapport, serait préférable, quoiqu'elle ne réponde pas entièrement à toutes les difficultés qui peuvent surgir dans un cas douteux. Ainsi, l'accusé ne devrait pas être privé des moyens de combattre le rapport et d'invoquer d'autres témoignages. Dans ces circonstances, à moins que le contre-examen médical ne soit fait par des hommes compétents au lieu de l'être, comme aujourd'hui, par des légistes qui, ignorant absolument les sujets dont ils vont parler, manquent ordinairement de présenter les choses sous leur vrai point de vue et parfois même n'arrivent qu'à répandre la confusion sur l'ensemble; dans ces circonstances, disons-nous, il est fort à craindre que la cour ne fût pas délivrée de ses embarras. Le mieux peut-être serait de permettre à chaque partie de produire ses preuves, comme cela a lieu maintenant, et de désigner un médecin aussi distingué par sa position que par ses connaissances spéciales pour siéger comme assesseur, afin d'aider le juge de ses lumières et de ses appréciations concernant la déposition scientifique, les faits relatifs au crime étant laissés entièrement au juge et au jury. Il y aurait peut-être encore un autre système à conseiller : ce serait la constitution d'un jury composé d'un nombre suffisant de médecins compétents pour établir la situation mentale du prisonnier. Mais l'objection à ce mode de procéder est que l'étude de l'aliénation mentale ne formant pas une partie nécessaire de l'instruction médicale, un très-grand nombre de praticiens ne sont pas plus au courant de sa véritable nature et de ses diverses variétés que ne l'est le public lui-même, en général. »

Ce long article qu'on pourra consulter avec fruit, découvre une lacune qui existe aussi bien en France qu'en Angleterre, c'est le manque d'enseignement en aliénation mentale, aussi bien dans les cours de droit, dirons-nous, que dans les cours de médecine.

Les notes de ce trimestre contiennent une lettre du D^r Isaac Rey relative à l'emploi du *restraint* dans les asiles d'Amérique. La brochure intitulée « Derrière les grilles » dont il a été question dans le dernier numéro des *Annales*, dénonçait en termes violents le traitement cruel imposé aux malades dans les mai-

sons d'aliénés. L'abus le plus déplorable signalé par ce livre était la liberté laissée aux gardiens, sans contrôle, d'user des moyens coercitifs. La lettre du Dr Rey nous apprend que l'auteur du livre a exagéré les choses. Le *restraint* n'est employé en Amérique que sur l'ordre du chef de l'établissement. On en est d'ailleurs extrêmement sobre en certains endroits. Ainsi, dans un asile de l'Ohio, visité par notre confrère et contenant 350 malades, un seul subissait le *restreint*. Cette pratique varie d'ailleurs pour la fréquence suivant les pays, et il est certaines contrées où, d'après le Dr Rey, le tempérament de la population réclame impérieusement ce mode de traitement; il cite la Nouvelle-Angleterre. Le *non-restraint* a du reste, en Amérique, de zélés partisans pour ne parler que du Dr Landor, auteur du rapport sur l'asile d'Ontario, qui consacre dans ce travail une page éloquente à la critique des anciens errements et à l'apologie du nouveau système.

Le Dr Richardson a fait des recherches sur les propriétés médicales de l'*Hydrate de chloral*. La quantité de chloral maximum qu'un animal peut tolérer est proportionnelle à son poids. Un homme qui pèse 120 à 140 livres est endormi profondément par quatre-vingt-tix grains. Le sommeil peut être dangereux quand la dose est portée à 140 grains. Un homme qui a pris du chloral élimine ce médicament dans la proportion de sept grains à l'heure. Aussi, il y a moins de danger à donner à un malade douze grains chaque deux heures, pendant vingt-quatre heures, qu'à donner en une fois cent quarante-quatre grains. Un des effets les plus remarquables du chloral est l'abaissement de la température, qui peut aller jusqu'à sept et huit degrés, si l'on n'a soin de maintenir la chaleur extérieure. L'empoisonnement chronique a pour symptômes : l'insomnie, à moins que le narcotique ne soit donné à de très-larges doses, une grande instabilité mentale, la prostration musculaire, la démarche vacillante avec tendance à tomber en avant, l'appétit capricieux avec nausées fréquentes. Dans quelques cas, il y a de l'injection des conjonctives, d'autres fois de l'ictère. L'urine dans les cas extrêmes contient de l'albumine, et il y a de la constipation, les fèces étant décolorées et dures. Le chloral ne donne pas de rêves extatiques, comme l'opium ou le haschish; au contraire, il produit, à tous les moments de son action, plutôt de la dépression que de l'exaltation des facultés mentales.

Le dernier recensement fournit des données utiles à la *statistique de l'aliénation mentale* en Angleterre, et contribue à expliquer l'accroissement apparent du chiffre des aliénés. Depuis dix ans la population s'est surtout accrue dans le Nord (22.82 pour 100); le Sud-Ouest est le point où l'accroissement a été le moindre (2.40 pour 100). Les pays qui possèdent des centres actifs d'industrie et de commerce (Middlesex, Lancashire, York) ont vu s'augmenter considérablement le nombre de leurs habitants et proportionnellement aussi la population de leurs asiles. Dans les pays agricoles (Norfolk, Suffolk, Cambridgeshire, Huntingdonshire), la population est stationnaire ou même en décroissance. Dans ceux-ci l'augmentation relative des aliénés est considérable. On doit la mettre sur le compte de la pauvreté, pauvreté de nombre et de race. On y signale une diminution notable de l'élément mâle, causée par l'émigration en masse des hommes valides de ces contrées, chassés par la modicité des salaires.

Dans le rapport annuel de l'asile de Suffolk, le docteur Kirkman montre combien il importe de se tenir sur ses gardes avec des malades sujets à des *impulsions violentes irrésistibles*. Deux exemples sont cités par lui. Le premier est celui d'un médecin, le Dr Harris, pris à la gorge par un aliéné et sauvé grâce à son sang-froid; le second est le meurtre d'un malade employé au transport du charbon, assommé à un coup de pelle par un de ses compagnons de travail. Le système de traitement moderne, qui met l'aliéné dans un commerce familial avec les personnes qui l'entourent, a déjà donné lieu à plus d'un événement tragique.

L'article Revue contient de courtes analyses sur des ouvrages récents : 1° Manuel d'anthropologie par le Dr Ch. Bray; 2° Traité sur la jurisprudence médicale de la folie par le Dr J. Ray; 3° Manuel pratique des lois, ordonnances, modes de procédure, etc., concernant spécialement l'aliénation mentale devant la justice, par J. Elmer.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Années 1873 et 1874.

Irrenfreund (1873).1° *Aliénation méconnue*, par le Dr Koster.

Trop nombreux sont encore les cas dans lesquels un trouble mental méconnu conduit à des conséquences plus ou moins graves, tant pour le malade lui-même que pour la société; les médecins d'asile en savent quelque chose: tous les jours ils voient arriver des individus dans un état souvent déjà désespéré, uniquement parce que la psychose dont ils sont atteints n'a pas été reconnue en temps utile. Les familles, la société même, ont en outre un intérêt majeur à ce que les cas d'aliénation soient constatés dès qu'ils se produisent et traités en conséquence, et ce sont surtout les cas de folie latente, larvée ou de folie commençante qui jouent ici un rôle important. Nous rencontrons à chaque pas dans la vie des individus dont le caractère, les sentiments, la manière d'être nous frappent par leur excentricité, leur méchanceté ou leur immoralité, et si nous les étudions avec l'œil de l'aliéniste, si nous nous enquerrons des conditions d'hérédité dans lesquelles ils se trouvent, de leur état physique, etc., nous voyons que bien souvent ce sont des candidats à la folie, si même celle-ci n'est pas déjà déclarée; et cependant le public ne voit chez eux rien d'anormal à ce point de vue, le médecin praticien même s'y trompe souvent et ce n'est que lorsque un acte violent, insensé, inexplicable ou un scandale viennent à se produire, que des doutes s'élèvent sur l'intégrité mentale de l'individu, et encore....., tous les jours on voit des tribunaux juger et condamner de pareils individus, sans avoir même auparavant posé à des experts la question de maladie. Koster cite de ceci plusieurs exemples frappants et relève entre autres ce fait que chez l'immense majorité des individus (pour ne pas dire chez tous) transférés des prisons dans les asiles pour cause d'aliénation, celle-ci a été longtemps méconnue ou prise pour de la simulation; cela vient de ce que les médecins des prisons sont en général trop peu versés dans la connaissance des maladies mentales; en outre, ils voient trop rarement le prisonnier, n'étant ordinairement appelés à le visiter que lors-

qu'il se plaint d'un mal physique, et les gens qui entourent celui-ci (géoliers et gardiens) sont trop ignorants ou trop occupés pour apprécier à leur juste valeur les symptômes d'un trouble mental commençant.

Un autre point très-important et trop souvent négligé dans la pratique est qu'il ne suffit pas d'une seule visite, de quelques moments d'examen, pour décider de l'état mental d'un individu ; si le cas n'est pas tellement accusé qu'il frappe le laïque lui-même, il faut au contraire une observation suivie, une enquête médicale complète, et l'aliéniste seul est ici compétent ; le médecin qui donne une déclaration à première vue assume une énorme responsabilité et cette déclaration perd en valeur et en dignité. Le Dr Koster passe en revue les différentes formes de psychoses dans lesquelles la maladie court le plus de risque d'être méconnue (folie morale, arrêts de développement intellectuel, etc.) ; mais la place nous manque pour le suivre ici dans cet intéressant exposé qui s'adresse d'ailleurs davantage au médecin praticien qu'à l'aliéniste.

2° *Difformités crâniennes*, par les Drs Stahl et Kelp.

On se souvient que le Dr Kelp avait noté la fréquence des cas d'aliénation dans lesquels l'écaille de l'os occipital fait au dehors une saillie anormale très-prononcée (voir *Annales*, 1874, II, 454), et qu'il semblait disposé à voir une corrélation entre ce phénomène et les psychoses. Le Dr Stahl, au contraire, ne voit là qu'un fait normal et physiologique, dont les degrés les plus extrêmes pourraient seuls être envisagés comme pathologiques. Plus les pariétaux tendent à se rapprocher l'un de l'autre, plus l'occipital fera saillie, repoussé qu'il est par la pression exercée sur ses deux bords latéraux ; c'est une question de compensation ; aussi cette configuration du crâne se rencontre-t-elle fréquemment dans la leptocéphalie, l'oxycéphalie et certaines formes d'hydrocéphale, mais jamais dans la brachycéphalie, laquelle, on le sait, est précisément caractérisée par une ossification précoce de la suture lambdoïde, laquelle empêche le refoulement de l'occipital en arrière. D'ailleurs les individus les plus normaux, intellectuellement parlant, présentent souvent cette même configuration.

Le Dr Kelp reconnaît qu'il s'est peut-être exagéré l'importance pathologique du phénomène en question, mais il croit

cependant qu'il n'est pas sans valeur dans les cas bien accentués; il continuera ses observations en recherchant si certaines formes déterminées de psychoses peuvent s'y rattacher.

3° *Forme particulière d'amnésie*, par le D^r Walter.

Histoire d'un individu atteint d'apathie et d'hébétude alcoolique qui, sans être le jouet d'aucune conception délirante, ne se souvient absolument de rien dans le passé, ne reconnaît ni ses amis, ni même ses enfants, et qui cependant parle très sensément des choses actuelles. Plus tard, lorsque son état s'est déjà sensiblement amélioré, il lui reste une lacune considérable dans les souvenirs, c'est-à-dire, qu'il lui est absolument impossible de se rappeler ce qui lui est arrivé pendant un laps de temps de six mois, soit depuis le moment où, après de violentes querelles domestiques, sa femme l'avait chassé de la maison, jusqu'à son entrée dans l'asile. L'amnésie n'affecte donc pas seulement le commencement de la maladie mentale, mais remonte en arrière à une époque où il était encore intellectuellement parfaitement bien portant.

4° *Des indications du placement dans les asiles*, par le D^r Besser.

On sait combien nombreux sont les aliénés devenus incurables faute d'avoir été soumis en temps opportun à un traitement rationnel, et la proportion des guérisons qui est de 40 p. 400 dans les circonstances les plus favorables, fait de la folie une maladie autrement terrible dans ses ravages que le choléra lui-même. Ce triste résultat est dû en grande partie à ce que les malades sont presque toujours amenés trop tard dans les asiles, et à ce propos, l'auteur, laissant hors de question les formes secondaires et la manie, pose la question suivante : « Est-il, en principe, convenable de faire entrer à l'asile aussi promptement que possible la mélancolie sous toutes ses formes? » question à laquelle il répond par un « oui » absolu. Le mélancolique est le plus misérable de tous les malades; mais malheureusement la mélancolie simple primaire est trop peu étudiée et prise en considération par le médecin, d'où il résulte que, en Allemagne seulement, des centaines de malades arrivent chaque année au suicide avant d'avoir été soumis à un traitement approprié; un très-grand

nombre de ces « morts subites » qu'on observe tous les jours, ne sont pas autre chose, et combien de malheureux suicidés, laissent derrière eux la réprobation du monde, alors qu'ils n'étaient que de pauvres malades ! En outre, on sait combien facilement une mélancolie simple et franche au début se transforme en folie secondaire incurable; donc pour tous : « au plus vite à l'asile. »

5° *Un cas de lycanthropie*, par le Dr Stahl.

Griesinger, on le sait, a donné le nom de *melancolia metamorphosis* à ces cas dans lesquels, sur un fond de dépression mélancolique, se développent les conceptions délirantes d'une transformation corporelle de l'individu; certains malades se croient morts, d'autres sont changés en bêtes féroces et se conduisent en conséquence. Le malade cité par Stahl avait tenté de dévorer un enfant et plus tard il avait étranglé avec les dents une brebis qu'il était occupé à dévorer lorsqu'on l'arrêta. Placé à l'asile, il marche à quatre pattes, ramasse avec les dents tout ce qu'il rencontre, déterre également avec les dents des carottes, des raves, etc., qu'il transporte dans un coin et avale sans se relever. L'observation note comme détail curieux que ce malade avait les parotides considérablement développées, ce qui le rapprochait de certains animaux carnassiers (rat voyageur). Après quelques mois de traitement, son état psychique s'était considérablement amélioré, mais il mourut de phthisie pulmonaire.

6° *Du pronostic dans les psychoses*, par le Dr Böttger.

Le pronostic dans les psychoses a deux faces bien distinctes : la conservation de la vie et la guérison du trouble mental. Pour ce qui est du premier de ces points, on peut dire qu'en général la folie abaisse la moyenne de la vie, et cela principalement à cause des formes aiguës de la manie et de la mélancolie, dans lesquelles les forces du malade s'épuisent souvent d'une manière fatale. On a, en effet, déjà fait la remarque que le plus grand nombre des décès a lieu dans les premiers mois de l'admission; si le malade passe cette période, il a au contraire chance de vivre très-longtemps. La paralysie générale fournit naturellement le plus fort contingent des décès, et l'on peut toujours envisager *a priori* son

pronostic comme fatal. Les cas de guérison réelle doivent être admis avec la plus grande réserve et peut-être ceux que des auteurs dignes de foi ont cités étaient-ils des cas de pachyméningite ou de syphilis cérébrale (1). L'auteur passe en suite en revue les signes sur lesquels on peut le mieux baser le pronostic au point de vue de la guérison du trouble mental.

La *durée antérieure* de l'affection : plus l'affection est récente, plus il y a de chances de guérison. La *forme* : c'est la mélancolie dans sa période initiale qui offre le pronostic le plus favorable. Certains *symptômes* sont d'une grande importance ; la fixation d'idées délirantes circonscrites, la périodicité, les idées de persécution et de possession, l'excitation sexuelle chez des sujets déjà d'un certain âge, la glotonnerie sont d'un pronostic fâcheux ; en revanche, un développement rapide du trouble mental, la versatilité des idées délirantes, le retour d'anciens goûts ou d'affections physiques disparues jusque-là (migraines, cardialgie, névralgies, etc., Dr C.), sont d'un bon pronostic. Quant au *sexe*, les psychoses guérissent mieux chez la femme, mais aussi, récidivent plus facilement (Parchappe).

A la question du pronostic en général se rattache étroitement la suivante : « Quels sont les signes auxquels on reconnaît une guérison véritable ? » et le Dr Böttger répond : Un individu n'est guéri que lorsqu'il reconnaît franchement et sincèrement avoir été malade, c'est-à-dire, avoir agi et pensé sans connaissance et sans discernement ; le malade réellement guéri parle de sa maladie et de son séjour à l'asile sans honte et sans embarras ; en outre, ses anciennes habitudes, ses goûts et ses penchants d'autrefois doivent être revenus. Enfin, plus la guérison est venue lentement, plus elle est solide, tandis qu'il faut toujours se défier des retours subits à la raison.

(1) Il existe une autre affection qui simule parfois à s'y méprendre la paralysie générale : c'est la pseudo-paralysie alcoolique. On voit des malades qui avaient offert tous les symptômes psychiques et somatiques de la paralysie générale guérir complètement sous la simple influence d'un régime fortifiant et de la tempérance ; nous avouons y avoir été trompé plus d'une fois.

Archives de Virchow (1873 et 1874).

Vol.: 58, 59, 60.

1° *Des altérations anatomiques de la paralysie générale*, par le Dr L. Meyer.

La grande majorité des auteurs qui se sont occupés de la paralysie générale (et ils sont nombreux), l'ont envisagée comme une inflammation chronique du cerveau et de ses enveloppes, et après un nombre considérable d'observations thermométriques, le Dr Meyer a pu démontrer qu'en effet cette affection est presque toujours accompagnée d'une élévation plus ou moins notable de la température, fait qui vient d'être récemment confirmé par les recherches d'un médecin anglais, le Dr Mickle. Mais si les caractères cliniques de la paralysie générale sont certains, il n'en est plus de même de ceux que nous offre l'anatomie pathologique, et les observateurs les plus recommandables ne sont point d'accord, ce qui tient peut-être à ce qu'on ne s'est pas entendu sur les périodes de la maladie dans lesquelles le cerveau doit être examiné pour donner des résultats concordants, car il est évident que l'altération anatomique sera différente si l'individu succombe rapidement, dès les premiers mois de l'affection, ou s'il parcourt toutes ses phases. Le Dr Meyer a donc choisi, parmi plusieurs centaines, vingt cas dans lesquels l'individu avait succombé dans la période aiguë de l'affection et dont les symptômes pendant la vie avaient été sensiblement les mêmes, et il est arrivé à cette conclusion que l'altération primitive part des vaisseaux capillaires dont les parois deviennent le point de départ d'une prolifération plus ou moins considérable de cellules, lesquelles, tantôt percent la paroi interne du vaisseau et l'oblitérent, tantôt arrivent au même résultat par la pression qu'elles exercent du dehors. Les capillaires ainsi oblitérés se transforment en une espèce de fibre résistante à contours irréguliers en dedans et en dehors, et la circulation étant ainsi interrompue, il se forme sous l'effet de la pression sanguine des ectasies et des varices — de véritables anévrismes microscopiques — dans les vaisseaux voisins restés perméables. Les foyers hémorragiques infiniment petits, mais visibles à l'œil nu, qu'on aperçoit sur la coupe d'un cerveau de paralysé général ne sont pas autre chose. L'altération

attaque en premier lieu la substance grise, mais plus tard ne reste pas bornée là et envahit également toute la substance blanche sans épargner même dans les périodes ultimes de la maladie les organes du centre, couches optiques, corps striés, le pont, etc. Pour le Dr Meyer, la paralysie générale repose donc sur une inflammation chronique, dont le siège primitif est dans les capillaires; les symptômes tant intellectuels que somatiques proviennent de troubles consécutifs de la circulation et peuvent déjà exister à un degré très-accentué avant qu'aucune autre altération vienne s'ajouter à celle qu'il décrit. Plus tard, les parties adjacentes de la substance cérébrale s'atrophient, soit par la pression, soit par un manque encore plus complet de circulation et l'organe entre dans la phase de dégénérescence graisseuse avec production de ces cellules à noyaux dont il a été si souvent question dans ces dernières années.

2^o *Mensuration de la vitesse de la pensée chez les aliénés*, par le Dr Obersteiner junior.

Chacun sait qu'entre le moment où une sensation est perçue et celui où l'individu donne à connaître d'une manière quelconque qu'il en est conscient, s'écoule un certain laps de temps parfaitement appréciable et qu'on appelle le temps de réaction. Or la mensuration de ce temps de réaction est un des moyens de se rendre compte de la vitesse de la pensée, soit de la rapidité du courant nerveux, et les physiologistes ont inventé divers appareils destinés tout à la fois à mesurer et à enregistrer ce temps; mais ces appareils qui reposent essentiellement sur l'emploi de l'électricité sont d'un côté très-coûteux, et de l'autre d'un maniement assez compliqué.

Le Dr Obersteiner a imaginé (en collaboration avec le Dr Exner) un appareil très-simple, qu'il appelle psychodromètre et au moyen duquel on peut mesurer également le temps de réaction psychologique; c'est un ressort qui, au moment où on le lâche, vibre comme un diapason, en même temps qu'au moyen d'un crin ou d'un poil de brosse fixé à son extrémité libre, il marque ses vibrations sur une lame de verre noircie à la fumée et qui se met en mouvement au moment même où le ressort part. Veut-on examiner une personne, on lui fait mettre le doigt sur un bouton dont la pression arrête instantanément le ressort, en lui disant de presser dès qu'elle

l'entend vibrer; la quantité de vibrations inscrites sur la lame de verre noircie donnera donc le temps exact qu'il a fallu pour que chez la personne examinée la sensation se transforme en action, en d'autres termes la vitesse du phénomène psychologique traversant le cerveau.

Nous ne pouvons suivre ici le D^r Obersteiner dans sa longue et intéressante étude qu'il promet d'ailleurs de compléter plus tard; mais on comprend de quel intérêt peuvent être les données fournies par son appareil dans les diverses formes de psychoses. Déjà chez une personne saine d'esprit le temps de réaction varie suivant qu'elle est plus ou moins fatiguée ou absorbée ou simplement distraite par une conversation qui se fait dans la même chambre, etc., et l'on pouvait prédire *a priori* qu'il en serait de même chez l'aliéné; en effet, il résulte de ces expériences que plus l'intelligence est éteinte, plus le temps de réaction est considérable; mais en revanche il est curieux de remarquer que l'auteur n'a jamais constaté que dans des états d'excitation et d'exagération de la sensibilité, par exemple, ce temps fût diminué, c'est-à-dire, que l'individu sente, perçoive et réagisse plus rapidement; il paraît exister une moyenne normale qui ne peut être dépassée en moins. Il sera, comme le fait observer le D^r Obersteiner lui-même, des plus intéressants de poursuivre une série d'expériences sur le même individu, aux diverses phases de sa maladie; c'est là un champ nouveau offert à l'activité des observateurs.

Prager Vierteljahrsschrift, 1873.

4^o *Notes statistiques sur les asiles bavares*, par le D^r Mayer
(*Bayr. ärztl. Intelligenzblatt*).

La Bavière (5,000,000 d'habitants) possède actuellement huit asiles publics destinés aux aliénés et qui, à la fin de 1867, renfermaient 4760 malades. Le nombre des admissions des hommes est bien plus considérable que celui des femmes, non pas que ceux-ci tombent malades plus facilement, mais bien parce qu'il est beaucoup plus difficile de les contenir et soigner à domicile et, qu'à cause de cela, leurs proches ont bien plus promptement recours à l'asile que pour les femmes, en général plus faciles à garder. — Les juifs deviennent plus facilement aliénés que les personnes d'autres confessions, ce qui tient sans doute à la fréquence des mariages consanguins chez eux. Les catholiques sont moins prédisposés que les pro-

testants. Les savants et les employés paraissent également moins prédisposés aux psychoses que les individus d'autres professions. — L'hérédité a été constatée dans 30 0/0 des cas; il y eut des rechutes dans 1/6 de tous les cas.

2° *De l'emploi de l'amylnitrite dans la mélancolie*, par le D^r Hostermann (*Wien. med. Wochenschrift*).

L'amylnitrite (C⁵ H¹¹ ONO³), qui est un produit accessoire de la préparation du chloroforme, a déjà été expérimenté, en 1859, par Guthrie, spécialement au point de vue de son action sur le système nerveux; plus tard d'autres médecins anglais attirèrent de nouveau l'attention sur ce médicament. Lander Brunton en particulier a trouvé qu'il diminue la pression sanguine et dilate les capillaires, surtout ceux de la tête, tout en augmentant l'action du cœur, ce qui conduisit à l'employer contre toutes les affections dans lesquelles on admet un état tétanique des capillaires, l'angine de poitrine, l'épilepsie, la migraine, l'éclampsie, etc.

Meynert a repris dernièrement ces expériences, principalement au point de vue des services que l'amylnitrite pourrait rendre dans la mélancolie. Cet auteur n'admet pas, en effet, que cette forme de psychose soit une hyperesthésie du cerveau; il pense qu'elle provient au contraire d'un affaiblissement de l'irritabilité de cet organe, d'un « empêchement » de la force vitale et il supposait qu'un plus grand afflux de sang au cerveau rétablirait l'équilibre, ce qui réussit, en effet, d'une manière frappante dans plusieurs cas. La meilleure manière d'appliquer le médicament est l'inhalation; on en verse 4 ou 5 gouttes sur un peu d'ouate qu'on fait respirer au malade jusqu'à l'apparition des premiers symptômes d'action et ces symptômes sont les suivants: après 10 à 15 secondes, le pouls devient plus plein et plus rapide; après 30 à 40 secondes, en moyenne: rougeur et congestion de la tête, injection de la conjonctive, hypersécrétion des larmes et de la sueur, respirations profondes, sensation de chaleur, battement des artères, lourdeur de la tête allant parfois jusqu'à la céphalalgie. Ces phénomènes ne cessent pas immédiatement, mais persistent et s'accroissent encore davantage après qu'on a suspendu l'inhalation, et ce fait doit rendre très-prudent lorsqu'on a affaire à des individus pléthoriques et disposés aux congestions. Les symptômes produits par l'amylnitrite sont, on le voit, ceux de la fièvre, ce qui viendrait encore à l'appui

de la théorie de Meynert, puisque plusieurs auteurs ont remarqué que chez les mélancoliques le début d'une affection fébrile est souvent marqué par une amélioration du trouble mental, à mesure que l'excitation fébrile rétablit dans le cerveau déprimé et empêché l'équilibre normal. Ajoutons, en terminant, que l'amylnitrite a été employé également avec succès dans la migraine, affection que la théorie du jour fait reposer sur une tétanisation des vaisseaux artériels céphaliques ; le médicament, en relâchant leurs parois, permet à la circulation de reprendre son cours régulier.

3° *Des psychoses chez les prisonniers*, par le D^r Bär.

Les cas d'aliénation sont bien plus fréquents chez les détenus que parmi la population libre ; mais il ne faut pas oublier qu'un grand nombre des individus de cette catégorie étaient déjà aliénés avant leur condamnation, ce qui n'est point étonnant lorsqu'on songe aux conditions particulières dans lesquelles se trouvent placés beaucoup des individus qui deviennent criminels : ainsi l'hérédité, le manque d'éducation et d'instruction, l'absence de vie de famille, de principes moraux et religieux, la débauche, le vagabondage, l'ivrognerie, la misère, les soucis, puis la passion qui fait commettre le crime, la crainte d'être découvert, les frayeurs, parfois même les remords et enfin les émotions et les angoisses de la prison préventive et du jugement, etc. A ces facteurs viennent souvent s'en ajouter d'autres plus directs encore : ainsi des plaies de tête paraissent être très-fréquentes et Delbruck a trouvé que sur 58 criminels aliénés 21 portaient d'anciennes cicatrices ; d'autres fois, c'est une affection mentale ou une névrose qui existait à l'état de germe et se développe subitement (paralysie générale, épilepsie, etc.). Il est toutefois évident que l'emprisonnement peut à lui seul développer une psychose chez des individus jusque-là parfaitement sains intellectuellement, et ce qui le prouve, c'est que les criminels d'occasion deviennent plus facilement aliénés que les criminels d'habitude, parce que ces derniers ont le sens moral bien plus abruti. C'est dans les deux premières années de la réclusion que les cas de vésanie sont les plus nombreux ; plus on s'éloigne de ce moment, plus ils deviennent rares. Les facteurs secondaires et physiques d'une explosion de psychose sont généralement l'anémie, la phthisie, l'abstinence sexuelle ou l'onanisme ; l'isolement absolu ne paraît pas avoir plus d'influence que l'emprisonnement

collectif. Et maintenant, que faire d'un criminel aliéné? Pour répondre à cette question, il faut établir deux catégories d'individus : ceux qui ne sont que peu malades, dont la connaissance et la conscience sont encore intactes, doivent rester dans la prison, mais y être traités comme des malades ; ceux, au contraire, chez lesquels la transformation du moi est déjà assez complète pour qu'ils n'aient plus aucune conscience de leur faute et de la punition, ceux-là doivent être placés à l'asile.

Correspondenz-Blatt. (1873).

4° *De la coprophagie chez les aliénés*, par le Dr Erlenmeyer jeune.

La coprophagie n'est pas une forme spéciale d'aliénation, une monomanie, c'est un symptôme qui peut se rencontrer dans les états psychopathiques les plus variés et résulter des motifs les plus divers. Cet acte de manger ses propres excréments (ou ceux d'autrui) n'est d'ailleurs pas si fréquent qu'on pourrait le croire au premier abord ; du moins parmi les malades soignés dans l'établissement du Dr Erlenmeyer il ne s'est guère rencontré que dans un cas sur 400 et même, en ne comptant que les cas dans lesquels il était devenu intense et habituel, on ne trouve qu'un coprophage sur 200 malades. Certains individus ne mangent que leurs propres excréments, d'autres s'attaquent en outre à ceux d'autrui ou d'animaux, mais ces derniers sont de beaucoup les plus rares ; les femmes sont infiniment plus rarement coprophages que les hommes.

Certains auteurs ont avancé que la coprophagie est très-fréquemment une suite de l'onanisme, mais c'est à tort, car il n'existe pas de relations particulières entre ces deux actes ; c'est également à tort qu'on a prétendu (Dr Lang) que la coprophagie exerce une influence fâcheuse sur la nutrition ; lorsque la nutrition souffre, on peut toujours trouver une cause auire à cet affaiblissement général de l'organisme.

La coprophagie peut se rencontrer dans tous les troubles psychiques, aussi bien dans ceux de l'intelligence que dans ceux du sentiment, mais naturellement sa fréquence varie beaucoup suivant les formes ; dans tous les cas elle n'est pas, comme on l'a longtemps pensé, spéciale à la démence ou en général aux formes incurables de l'aliénation. Ce symptôme, car en définitive ce n'est pas autre chose, peut d'ailleurs avoir les mo-

tifs les plus divers. Tantôt le malade croit (mélancolique) que les plus grands malheurs vont arriver à lui-même ou à d'autres si ses excréments ne disparaissent pas, et pour les faire disparaître il les avale ; ou bien il pense qu'en les laissant aller il perd la meilleure partie de ses forces vitales ; d'autres fois, le malade pense faire une œuvre expiatoire et consommer un sacrifice en mangeant ce qui sort de son corps. — Chez le maniaque, la coprophagie a de tout autres motifs : il voit dans ses déjections des diamants, des pierres précieuses qu'il ne faut laisser perdre à aucun prix ; il les avale pour les conserver ou s'en badigeonne dans un but d'ornementation (démence paralytique). Dans le délire systématisé, le malade se croit un animal et en cette qualité doit manger tout ce qu'il rencontre, etc. Enfin dans la démence, l'individu a, comme l'enfant en bas âge, un besoin instinctif d'avaler tout ce qui lui tombe sous la main, les facultés olfactives et du goût sont abolies ou perversies et le malade est incapable de discerner la qualité des substances qu'il avale.

2° *De la falsification du chloral*, par le D^r Mayr.

Tous les médecins qui ont eu personnellement en main de l'hydrate de chloral ont observé qu'il se présente parfois sous des formes bien différentes. Tantôt il est solide, cristallisé, tantôt mou, humide, gélatineux même ; or l'auteur pense, et non sans raison, qu'à cette diversité de forme extérieure correspondent des différences dans la composition chimique et par conséquent dans son mode d'action. Chacun, en effet, a fait l'expérience que ce mode d'action est parfois fort capricieux, le médicament agissant tantôt trop, tantôt trop peu. Ainsi, par exemple, il devient facilement acide (acide formique) et alors agit moins, tandis qu'on lui rend toute sa puissance en le neutralisant avec un peu de carbonate de soude. — L'auteur réclame donc des fabricants plus d'attention dans la préparation de ce produit, sinon l'inexactitude de son action le fera bientôt tomber dans un discrédit complet. Mais la question a un côté infiniment plus grave, celui des dangers que fait subir au malade un mode d'action variable du médicament. Vous lui prescrivez aujourd'hui une dose qu'il supporte fort bien, mais demain le pharmacien a ouvert un nouveau flacon et les accidents les plus graves se produisent ; le D^r Mayr en cite un cas tout à fait concluant et peut-être les

morts subites qu'on a vues succéder à l'emploi du chloral n'ont-elles pas eu une autre cause.

3° *Syphilis cérébrale*, par le Dr Müller.

On sait combien le diagnostic certain des altérations syphilitiques du cerveau peut offrir de difficultés ; aussi devrait-on publier en détail tous les cas suivis d'une guérison bien constatée ; car il existe une affection de l'encéphale qui offre avec celle dont le nom figure en tête de cet article une analogie si complète, qu'il peut être impossible de les différencier pendant la vie : c'est la paralysie générale. Cette analogie est si remarquable que certains auteurs ont même avancé que les deux affections n'en sont au fond qu'une seule. — Les altérations pathologiques de la paralysie générale ne sont pour le Dr Müller, quelques formes qu'elles présentent et quelques noms qu'elles portent, que le résultat dernier d'altérations des vaisseaux, car tous les symptômes, soit dans l'ordre physique, soit dans l'ordre psychique, s'expliquent par des troubles de la circulation. Or les auteurs les plus sérieux ont démontré que sous l'influence de la syphilis, ces mêmes vaisseaux cérébraux subissent exactement les mêmes altérations; il n'est donc point étonnant que les symptômes des deux affections soient identiques et que dans certains cas il soit (anamnèse à part) absolument impossible de faire un diagnostic différentiel et qu'un essai de traitement anti-spécifique puisse seul éclairer la situation. Le Dr Muller cite à l'appui le cas très-concluant d'un individu atteint de paralysie générale typique et envisagé comme perdu, lorsque tout à coup une exostose du sternum vint montrer à quelle affection on avait affaire ; un traitement à l'iodure de potassium fut institué et le malade guérit complètement.

D'un autre côté il est des cas qui, outre les symptômes de la paralysie générale, en présentent d'autres plus caractéristiques, et provenant tous d'une altération circonscrite de la boîte crânienne ou du cerveau lui-même : ainsi des exostoses, des néoplasmes, etc. qui exercent une pression sur certains nerfs ou certains districts circonscrits de l'encéphale et produisent de la sorte des paralysies ou des névralgies circonscrites et étrangères, par conséquent, à la paralysie générale ; toutes les fois donc, qu'à côté des symptômes ordinaires de la paralysie générale, il existe des névralgies, des paralysies ou des anesthésies circonscrites, mais complètes, on peut diagnostiquer en toute sûreté l'existence d'une syphilis cérébrale. Enfin d'au-

tres symptômes encore peuvent éveiller l'attention du médecin ; ainsi la céphalalgie est des plus fréquentes dans l'affection syphilitique; de même les contractures, les convulsions partielles ou générales, etc. Quant aux paralysies, il importe de remarquer que, dans la paralysie générale, elles se développent subitement, tandis qu'au contraire dans la syphilis cérébrale, leur marche est lente et progressive.—En terminant, l'auteur s'élève contre une assertion de Wille (voir *Annales*, janvier 1872, p. 422) que l'hypochondrie syphilitique (syphilidophobie) conduit toujours à la perte de l'intelligence et à la démence; l'erreur de cet observateur provient de ce qu'il a étudié ses cas dans un asile d'aliénés.

D^r CHATELAIN.

BIBLIOGRAPHIE.

Le Crime et la Folie, par le docteur Maudsley, professeur de médecine légale à University-College (Londres), membre associé étranger de la Société médico-psychologique de Paris.

Chargé par notre Société d'analyser les travaux de l'illustre Mittermaier, ancien président du parlement de Francfort, professeur de droit à l'Université d'Heidelberg, qui appartenait à la Société médico-psychologique, comme associé étranger, un fait nous avait frappé, c'était la preuve qu'avait acquise ce célèbre jurisconsulte dans ses recherches concernant les rapports du crime et de sa pénalité, que plus d'un aliéné avait péri sur l'échafaud, que beaucoup étaient emprisonnés, traduits devant la justice, à cause de leurs prétendus crimes, quoiqu'ils fussent atteints de folie avant, pendant et après le jugement.

Dans notre travail sur ce savant, qui avait commencé par étudier la médecine, nous avons aussi relevé un bon nombre de faits relatifs aux fous criminels, enfermés, exécutés, qui mettent hors de doute ces déplorables erreurs. Nous nous bornerons au suivant.

En 1853, le docteur Vingtrinier, médecin en chef des maisons de détention de Rouen, publiait un mémoire, ayant pour titre : *Des aliénés dans les prisons et devant la justice* ; on y a noté 262 aliénés ; 476 signalés comme tels par les médecins ont été acceptés par les juges.

82 condamnations ont été prononcées sans que les médecins aient été consultés ou même malgré leur opinion exprimée. Sur six condamnations pour affaires criminelles, 4 individus ont été exécutés ; les 5 autres sont devenus fous. Quant aux 76 condamnés pour délits correctionnels, 4 est mort après l'arrêt, 49 ont subi leur peine à Bicêtre ; la plupart dans le quartier des aliénés ; les 56 autres ont dû, peu de jours après leur condamnation, être transférés à l'asile où leur folie a été reconnue de nouveau. L'expérience nous paraît sans réplique et les résultats n'ont jamais été attaqués.

La constatation de la criminalité chez un grand nombre d'aliénés, punis comme s'ils avaient leur raison, devait engager

les médecins aliénistes à faire une étude spéciale des cas difficiles où se produisaient ces erreurs.

Il y a quelques années, le savant directeur de l'asile de Munich, le docteur Solbrig, mort trop tôt pour la science et l'humanité, nous adressait un mémoire, intitulé : *Crime et Folie*, qui contenait des remarques utiles sur les causes qui portaient à cette prétendue criminalité (1). A son tour, le docteur Maudsley, auteur d'un remarquable ouvrage sur la physiologie et la pathologie de l'esprit (2) faisait paraître sur ce sujet un livre ayant le même titre, qui sera consulté avec fruit et contribuera à sauver du bûcher et du dernier supplice de véritables aliénés.

Ce médecin commence par faire observer que pendant une longue suite de siècles, on a exclusivement étudié l'esprit par la méthode psychologique de l'observation du moi. Tout en reconnaissant son utilité et sa haute portée, nous pensons avec le docteur anglais que, l'emploi de la méthode physiologique est la condition essentielle pour arriver à la connaissance scientifique de l'esprit, à une notion exacte de la nature de ses désordres, la folie étant incontestablement une maladie qui réclame un traitement spécial.

Un des premiers faits que les investigations de M. Maudsley sur l'histoire personnelle des criminels et de leurs familles lui ont démontré, c'est que le crime est souvent héréditaire, et que tout comme l'hérédité frappe les traits corporels et le caractère de l'homme au moule de ses parents, elle lui imprime leurs mauvaises qualités et leurs fâcheuses tendances. La proportion est en effet, considérable de ces malheureux, issus de familles où existait la folie, qui deviennent fous épileptiques ou sont atteints de quelque autre névrose. Presque tous sont faibles d'esprit, et dépourvus de sens moral. Aussi peut-on affirmer que le crime dans bien des cas n'est pas le fait de céder à un penchant vicieux ou à une mauvaise passion qu'on eût pu réprimer, mais le résultat de l'hérédité physique et morale.

(1) Solbrig, *Verbrechen und Wahnsinn. Ein Beitrag zur Diagnostik zweifelhafter Seelenstörungen für Aertze, Psychologen und Richter. Munchen 1867.* Le crime et la folie ; contribution aux désordres douteux de l'esprit pour les médecins, les psychologues et les magistrats.

(2) Maudsley, *The physiology and pathology of the mind.* La physiologie et la pathologie de l'esprit.

Habitant l'immense ville de Londres, ayant fait une étude particulière du crime au point de vue de la folie et de l'hérédité, nul n'était plus en état que lui de faire remarquer que tous ceux qui ont étudié les criminels savent qu'il existe une classe distincte d'êtres voués au mal, dont la horde se rassemble dans les grandes cités, au quartier des voleurs, se livrant à l'intempérance, aux rixes, à la débauche, sans souci des liens du mariage, des empêchements de la consanguinité, et propageant toute une population criminelle d'être dégénérés, marquée par des caractères particuliers d'infériorité physique et morale, si bien tranchés, que les agents de la sûreté, les directeurs des prisons les reconnaissent aussitôt au milieu des plus grandes foules. Lorsqu'on entend ces misérables, on a la preuve de la faiblesse de leur intelligence, de leur absence complète de sens moral et un exemple d'un des éléments importants de l'association de la folie avec le crime. Ce défaut de sens moral s'observe même chez de jeunes enfants, qui longtemps avant que de savoir ce que c'est que le vice, décèlent par leurs actions, toutes sortes de penchants immoraux en rapport avec une véritable insanité morale. Beaucoup de ces débilités intellectuelles se montrent très rusées, mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que ces dégénérés, dont plus d'un tombera sous le coup de la loi, sont non-seulement engendrés, conçus, nourris dans le vice, mais y sont instruits dès l'enfance, si bien que chez eux l'instinct criminel originaire ne peut être ramené au bien.

A l'appui de ces faits, M. Maudsley apporte le témoignage du docteur Bruce Thompson que sa position officielle de médecin en chef de la prison générale d'Ecosse a mis à même d'observer des milliers de détenus. D'après son expérience, il déclare que les criminels invétérés présentent positivement l'imbécillité morale. Dans tout le cours de ma pratique, ajoute-t-il, je n'ai jamais vu une accumulation de caractères morbides, comme celle dont j'avais le spectacle, quand après la mort d'un détenu, j'examinais son cadavre. Il n'en était pas un seul dont on pût dire, qu'il était mort de telle ou telle maladie, car presque chacun des organes du corps était plus ou moins lésé, et si quelque chose devait étonner, c'est que la vie pût être supportée par un organisme aussi altéré.

De pareilles conditions organiques n'expliquent que trop bien la puissance de l'hérédité mentionnée par M. Maudsley dans la criminalité, mais M. Moreau de Tours et l'auteur anglais, en insistant sur l'hérédité, n'ont pas prétendu que le

défaut du père dût reparaître nécessairement chez l'enfant, sous la même forme, ou sous une forme quelconque reconnaissable. Voici comment Morel s'exprime sur ce sujet. « Nous n'entendons pas par hérédité la maladie même des parents transmise à l'enfant, mais sous ce mot, nous comprenons la transmission des dispositions organiques des parents aux enfants. » Ce que le père transmet à ses enfants, dit Moreau de Tours, ce n'est pas sa folie, c'est le vice de sa constitution, qui se manifestera sous des formes différentes par l'épilepsie, l'hystérie, la scrofule, et le rachitisme.

L'histoire et la pathologie fournissent des cas de ces transmissions d'hérédité. Ainsi chez les Condés, le talent, l'excentricité, l'originalité de caractère, la perversité morale, le rachitisme, la folie se heurtent ou se succèdent de façon à dérouter toutes les prévisions.

Selon M. Maudsley, le défaut du père peut se transformer, demeurer tout à fait latent, se montrer sous une forme quelconque à la troisième, quatrième génération, mais entraîné dans le courant de la filiation, il circule dans toute la descendance du premier ancêtre, tantôt apparent, tantôt caché, jusqu'à ce qu'il soit annulé par les bienfaisantes influences d'heureux croisements, ou que le développement pathologique détermine l'extinction de la famille.

Si l'on s'est bien rendu compte des recherches de M. Maudsley, on voit clairement qu'il a eu pour but de dégager la folie de ses apparences de criminalité, d'établir la prédominance du désordre mental, en remontant aux causes, en décrivant soigneusement les antécédents de ces prétendus criminels et de leurs familles, et en mettant en évidence les symptômes de l'état maladif.

M. Maudsley, auquel l'observation des faits, et non le seul bon sens, a appris que le crime était fréquemment associé à la folie, étudie avec soin les diverses formes d'aliénation mentale où on l'observe d'une manière plus spéciale. Il a noté que la faiblesse d'esprit, l'imbécillité morale sont communes dans l'impulsion à l'incendie, au viol, au vol, à l'homicide, parce que les passions n'étant plus dominées par l'intelligence cèdent à tous leurs entraînements.

Il est une forme remarquable de la folie qui, par la nature de ses symptômes a été souvent confondue avec le crime, c'est la *paralysie générale des aliénés*. Ici l'homme qui était grave, économe, plein de dévouement, devient léger, dissipateur,

égoïste. Des individus d'une conduite exemplaire se transforment en débauchés, criminels. Des hommes connus par leur probité sont arrêtés et condamnés comme voleurs. Le point important de ces changements, c'est qu'ils ont lieu bien avant que le dérangement intellectuel ne se déclare et qu'on range ces malades parmi les êtres vicieux (1).

L'auteur examine ensuite la folie partielle et ses variétés, au point de vue médico-légal, en faisant observer que tous ceux qui ont écrit sur l'aliénation mentale ont été contraints de reconnaître par l'observation des faits, qu'il existe des variétés où le délire n'existe pas, où il y a principalement aliénation du sentiment et de la conduite. Ainsi dans les deux grandes divisions primaires appelées la mélancolie et la manie, on distingue une mélancolie sans délire et une manie sans délire. Ces espèces ont une importance très-grande, car c'est dans les affections de cette classe que les dangereuses propensions à l'homicide, au suicide ou aux autres actes de destruction sont les plus susceptibles de se produire. C'est précisément aussi quand un individu, sous l'empire de l'une ou de l'autre, commet un acte de violence sans avoir encore montré de délire ou d'incohérence dans les idées qu'un violent conflit d'opinions a lieu; or toute la différence entre la mélancolie sans délire et la manie sans délire c'est qu'il y a dans celle-là la dépression mentale marquée et point de dépression mentale dans celle-ci. Rien donc de plus convenable, dit M. Maudsley, à mon point de vue, que de désigner ces deux affections sous le nom commun de *folie affective*, c'est-à-dire de folie sans délire, folie de sentiments et des actes. Les deux subdivisions de cette classe (car je propose d'en faire une classe) seraient la *folie impulsive* et la folie morale.

Parmi les folies impulsives qui appartiennent au sujet traité par l'auteur, il en est qui s'emparent despotiquement de l'individu, l'entraînent, en dépit de la raison, et malgré sa volonté, à un acte désespéré de suicide et d'homicide. Les aliénistes fournissent nombre d'exemples de cette forme de l'aliénation mentale. Maudsley cite le suivant : Un homme dans la force de l'âge, riche, heureux en ménage, mais issu d'une famille

(1) A. Brierre de Boismont, *Etudes médico-légales sur la perversion des facultés morales et affectives dans la période prodromique de la paralysie générale* (Ann. d'hyg. et de méd. lég., 2^e série, 1860, t. XIV).

de fous, devint victime d'une manie suicide désespérée. Il avait déjà guéri d'un accès de ce mal. Atteint une seconde fois, il répétait avec calme, qu'il fallait qu'il se tuât, tout cela si tranquillement, qu'il était à peine possible de croire ce qu'il disait. Un matin, il trompa la surveillance de ses gardiens, courut de toutes ses forces, poursuivi de très-près, gagna la voie ferrée, gravit un remblai élevé, se coucha en travers des rails, devant un train arrivant à toute vapeur; il fut tué sur le coup. Ce même fait est arrivé à un directeur de ma connaissance. Les gens qui avaient amené le malade étaient convaincus qu'il se tuerait, mais rusés, comme les gens de campagne, ils demandèrent et obtinrent une indemnité.

Dans son ouvrage sur la physiologie et la pathologie de l'esprit (2^e édit., p. 348), Maudsley rapporte le cas d'une vieille dame de 72 ans, dans la famille de laquelle il y avait eu plusieurs fous, qui était sujette à des paroxysmes répétés de colère convulsive et chaque fois, elle faisait des efforts désespérés pour étrangler sa fille, qui était remplie de soins et d'attentions pour elle et qu'elle-même chérissait. D'habitude, elle se tenait tranquillement assise, abattue, et se plaignant de l'état où elle était réduite, si faible en apparence, qu'elle pouvait à peine se mouvoir. Tout d'un coup, elle partait furieuse; en criant, « il faut que je la tue, » et elle sautait sur sa fille pour l'étrangler. Durant ce paroxysme, elle était si forte et se démenait si activement qu'une seule personne pouvait difficilement la contenir; mais, au bout de quelques minutes de lutte, elle s'affaissait épuisée et pantelante, en disant: « Vous voyez, vous voyez, je vous l'avais bien dit; vous ne voulez pas me croire comme je suis méchante. » Il était impossible de découvrir en elle le moindre délire. L'accès avait toute l'apparence d'une convulsion mentale. C'était cet horrible penchant dont elle avait la plus grande horreur, qui causait son abattement et son chagrin.

Le docteur Marc a réuni beaucoup de cas de folie homicide, dans quelques-uns desquels l'impulsion au meurtre n'était accompagnée d'aucun désordre appréciable de l'esprit. Parmi ces faits, il cite celui d'un chimiste distingué, poète, naturellement doux et sociable, qui venait se constituer prisonnier dans la maison de santé du faubourg Saint-Antoine, que j'ai longtemps dirigée. Lorsque le désir de tuer le saisissait, il accourait vers le chef de l'établissement, mon prédécesseur, et se faisait lier les pouces l'un contre l'autre avec un ruban,

Cette frêle ligature suffisait pour calmer le malheureux R... Il n'a jamais pu se rendre compte de ce penchant atroce. Ce savant a cependant fini par exercer une tentative d'homicide sur un de ses gardiens et par périr dans un violent accès de manie avec fureur (1). En 1825, nous étions attaché, comme médecin, à la maison de santé Marcel-Sainte-Colombe, dans le faubourg Saint-Antoine. Nous avions parmi nos malades un avoué, traité auparavant par Esquirol, pour un accès de folie, pendant lequel il avait voulu se jeter par la fenêtre. Durant sa maladie, il accusait sa femme d'infidélité, se croyait damné, essayait fréquemment de se tuer, refusa même quelque temps de manger, se prétendant empoisonné. Au bout de trois mois, il parut entrer en convalescence et sa femme le ramena dans sa ville natale. Le lendemain de son arrivée, un de ses beaux-frères, âgé de douze ans, entra dans son cabinet ; il le prit par les cheveux et le conduisit vers son bureau comme pour jouer. Là, il le renvoya, en laissant échapper ces mots : *Il n'en vaut pas la peine*. Le troisième jour, sous prétexte de vérifier sa cave, il y descendit accompagné de sa femme. Quelque temps après, sa belle-sœur, jeune personne de vingt ans, descendit à son tour. Une servante ne voyant personne revenir, fit quelques pas vers la cave. Elle vit ses deux jeunes maîtresses étendues, baignées dans leur sang. Le meurtrier était retranché dans un coin, derrière les tonneaux, un rasoir était à quelques pas de lui. Il fut conduit à Charenton. Là, il divagua, disant tantôt que ces deux dames étaient des diables qui venaient s'emparer de lui, tantôt qu'il ne savait pas ce qu'il avait fait. Les paroles adressées à son beau-frère avant le double meurtre et le rasoir qu'il avait emporté ne permettent pas de douter qu'il n'eût dès ce moment des idées homicides. Transféré de Charenton à la maison de santé de la rue Picpus, après un séjour de quelques années, il sembla revenir à la raison, et sollicita l'autorité pour reprendre l'administration de sa maison. Je l'observais avec un grand soin ; il ne faisait ni disait rien de déraisonnable, mais il présentait une particularité qui appela toute mon attention. Le jour de la semaine où la blanchisseuse venait chercher le linge, il ne manquait jamais d'assister à son travail et de regarder avec une expression singulière le vêtement des femmes à l'époque de la menstruation. Marc et Es-

(1) Marc, *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, t. II, p. 412.

quirol, qui furent chargés de l'examiner, ne découvrirent aucune trace de désordre mental, mais furent frappés de son indifférence, quand il lui parlèrent du double meurtre. De mon côté, je les entretins de la remarque que j'avais faite. Ces célèbres médecins pénétrés de l'extrême danger d'une récidive, déclarèrent qu'il y aurait imprudence à le rendre à la liberté. Néanmoins il obtint sa sortie de la maison de santé. Il s'établit à Paris avec une femme et ouvrit un bureau d'affaires. Après deux ans de liberté et dix ans après la première maladie, il fut pris tout à coup d'un nouvel accès de fureur, et sans la vigoureuse résistance de la femme avec laquelle il vivait, il l'eût précipitée par la croisée. Envoyé dans une troisième maison de santé de notre quartier, il y mourut au bout de quelques jours du délire le plus épouvantable, voulant tour à tour se tuer et tuer ceux qui l'entouraient.

Quand on étudie les cas de folie homicide, recueillis par M. Maudsley, on reconnaît que, dans beaucoup d'entre eux, il y avait un délire soupçonneux ou délire des persécutions, en même temps que dépression mélancolique. Le meurtrier croyait qu'on s'acharnait à l'insulter, à le vilipender, à l'espionner, à le voler, à l'emprisonner, à lui enlever la santé ou la fortune, et il a tué, sous l'empire de cette folle idée fixe. Voici un exemple instructif de ce genre, consigné par Maudsley.

Le Dr Pownall avait eu trois accès de folie, le premier à l'âge de vingt-deux ans, le second était venu quatorze ans plus tard et le troisième quatre ans et demi après le second. Dans l'intervalle, il s'était livré avec succès à la pratique médicale, et s'était si bien acquis la considération de ses concitoyens qu'il avait été nommé maire de la ville. Dans un de ses accès, il avait attenté à la vie de sa belle-mère, pour laquelle, il n'avait habituellement que du respect et de l'affection. Dans le second accès, il avait tué une personne avec laquelle il était à la chasse. Depuis trois mois, il avait complètement changé; il était abattu, morose, et avait essayé de se tuer. Placé dans un asile privé, où il demeura quatre mois, on n'aperçut en lui aucun symptôme de maladie mentale, si bien que le jugeant guéri, on lui signa son exeat. Toutefois, eu égard à ses antécédents, on le conduisit dans la maison d'un médecin, sous la surveillance spéciale d'un gardien. Vingt jours après sa sortie, il tua une domestique, en lui coupant la gorge avec un rasoir, sans avoir, d'ailleurs, donné le moindre signe de folie, si ce n'est quelques heures avant le crime. Acquitté comme fou en

cour d'assises, il fut envoyé à l'hospice de Bethlem. Le docteur Hood, dans le service duquel il fut placé, après l'avoir observé pendant plusieurs mois avec un soin extrême, déclarait qu'il lui serait impossible de donner une raison satisfaisante de son maintien à l'hospice. Dans plusieurs de ces cas, il est démontré que l'acte criminel est le résultat du besoin impérieux de se soulager de l'émotion terrible que ce genre de folie fait peser sur le malade. Un fait incontestable c'est que le désordre mental n'empêche pas que l'individu sachant discerner d'une manière générale le bien du mal, mieux encore, sachant que ce qu'il fait est mal, ne combine le moyen de tuer, n'accomplisse le meurtre résolument et ne se préoccupe d'éviter les conséquences de son méfait. Deux auteurs américains rapportent un exemple notable de la ruse audacieuse et froide que peut déployer un fou (4).

Un nommé Billman détenu au pénitencier de l'Est en Pennsylvanie pour vol de chevaux, assassina son gardien, dans les circonstances suivantes : il suspendit un nœud coulant en dehors du guichet, pratiqué dans la porte des cellules pour permettre de voir de l'extérieur ce qui se passe à l'intérieur ; puis il amena le gardien à passer sa tête par le guichet pour examiner quelque chose sur le plancher tout à fait au pied de la porte. Au moment favorable, il serra le nœud, et sans un accident, le malheureux gardien était étranglé. Malgré cet événement, il se laissa prendre à un nouveau piège ; il entra seul dans la cellule où Billman faisait le malade et fut assommé d'un grand coup de cruche sur la tête. L'assassin le déshabilla, lui mit sa livrée, le coucha sur son lit, traversa le corridor avec le costume qu'il avait revêtu, adressa au portier une question insignifiante et enfila sans se presser la porte de la rue. Il fut très-rapidement repris, sa folie était si évidente, qu'après examen fait par d'habiles médecins, les magistrats ne doutèrent pas de son irresponsabilité. Il fut envoyé dans une autre prison. Quelque temps après étant d'humeur communicative, il raconta, qu'il y avait déjà plusieurs années, il avait tué son père dans une circonstance dont il donna les détails avec beaucoup de minutie et de jovialité. Une enquête eut lieu, et on découvrit qu'il avait dit la vérité. Son père avait été trouvé étranglé dans son lit, et Billman soupçonné du crime

(4) Wharlon et Stillé, observation de Billman, *American Journal of Insanity*.

avait été arrêté, mais il avait si bien combiné son coup, qu'il réussit à prouver un alibi et fut acquitté. Il s'était, en effet échappé à cheval à minuit par une course rapide, et s'était introduit par la fenêtre dans une chambre où il avait fait semblant de dormir. Il avait donc non-seulement le sentiment de sa culpabilité, mais encore une appréciation très nette des conséquences auxquelles il s'exposait, et avait fourni abondamment la preuve d'une intention longuement méditée et d'un dessein intelligemment poursuivi. Un autre enseignement donné par cette histoire est l'extrême danger de la récidive lorsqu'un premier accès de folie homicide a eu lieu.

Le docteur Maudsley, après avoir examiné la variété de la folie homicide où il existe un délire distinct et où l'homicide ne se lie pas évidemment au délire, étudie l'homicide se rattachant à l'épilepsie, le plus dangereux de tous. Il présente souvent de grandes difficultés, car il est possible que, dans l'intervalle des accès, rien chez l'individu n'autorise le plus léger soupçon d'un désordre d'esprit quelconque; il peut aussi arriver que cette folie ne se manifeste d'abord que par l'irritabilité, la morosité, la perversion du caractère, avec des paroxysmes périodiques d'exaltation, pendant lesquels sont fréquemment commis des actes dépravés ou criminels; cette aliénation qui consiste en une folie morale ou affective profonde, qui ressemble beaucoup au crime, peut se produire des mois et même des années avant qu'un accès distinct d'épilepsie proprement dite ne se déclare. C'est ce que Morel a très-habilement démontré dans son savant mémoire sur l'épilepsie larvée. Comme exemple, Maudsley cite le suivant qui peut être rapproché de ces faits par l'absence de tout accès d'épilepsie pendant une longue suite d'années. Un homme âgé de 62 ans avait été épileptique dans sa jeunesse. Peu à peu, les accès s'affaiblirent et finirent par disparaître. On n'en avait pas observé depuis 40 ans. La seule chose qui fût restée était un peu d'exaltation au printemps. Un jour, il prit sa vieille mère à la gorge, la jeta par terre, s'assit sur elle, et se mit à la frapper sans relâche. Quand on s'empara de lui, il s'écria. « C'est une coquine, elle m'a fait toutes les misères possibles, il y a longtemps que j'aurais dû la tuer. » Il fut impossible de découvrir le moindre motif de cet accès. Mais on apprit que plusieurs fois, au retour du printemps, cette homme avait prononcé mille injures contre sa mère, et menacé de la tuer. Le moment du meurtre correspondait à l'époque habituelle de l'exaltation.

Le plus ordinairement, après un accès, une série d'accès, survient consécutivement une courte attaque de manie furieuse. Le patient, dans un état d'irritation frénétique, sans conscience de ce qu'il fait, en proie à des hallucinations épouvantables, s'abandonne à des actes destructifs de la dernière violence, soit contre les personnes, soit contre les choses. Dans cette forme l'homicide est assez fréquent. Si dans ces circonstances, l'infortuné a tué quelqu'un, et qu'il n'y ait pas eu d'observateur expérimenté, il court grand risque le jour où il comparait devant le tribunal.

Il n'est pas rare dans les asiles de remarquer chez les épileptiques un changement notable de caractère précédant l'accès. Ils deviennent soupçonneux, moroses, bargneux, bourrus, s'emportant pour la moindre cause. A cet état de profonde perversion morale s'ajoutent souvent les soupçons, le délire des persécutions et des hallucinations.

L'exemple suivant montre bien le danger de cette sorte d'aliénation. Un homme, âgé de 30 ans, enfermé à l'asile d'Avignon, était sujet de temps en temps à de très-forts accès d'épilepsie. Une fois après un de ces accès, il se jeta par la fenêtre, une autre fois, il semblait toucher au dernier moment et demanda à voir son père, et dès qu'il fut près de lui, il l'aurait étranglé, si l'on ne fût arrivé à son secours. Il était très-attaché au médecin en chef, le Dr Geoffroy, qui lui accordait de petites faveurs. Dans le courant du mois d'avril, il eut plusieurs attaques ; le 23 de ce mois, il se tenait dans un corridor, au moment où passait le médecin. Il prétendit avoir mal à la jambe, et à l'instant où sa victime se baissait pour voir ce qu'il en était, il lui enfonça une paire de ciseaux dans le cœur. Le médecin mourut une heure et demie après. Quant au meurtrier, il eut la nuit suivante une attaque. Lorsqu'on l'interrogea sur ce qu'il avait fait, il répondit que, depuis plusieurs nuits, les membres d'une société secrète dont il entendait bien les voix lui ordonnaient de tuer le docteur, sous peine de rester malheureux toute sa vie. Pendant les intervalles des accès, cet infortuné ne cessait de déplorer son action.

Après avoir décrit les variétés qui peuvent se produire dans l'épilepsie, compliquée d'aliénation mentale, le docteur Maudsley fait observer qu'il lui reste à parler des caractères des symptômes mentaux. La connaissance approfondie de ces symptômes est, en effet, nécessaire pour arriver à distinguer les cas d'épilepsie larvée, de suspensions prolongées pendant des

années d'accès d'épilepsie, de crises épileptiques, prises pour des folies transitoires, durant lesquelles des actes criminels ont été commis. Mais l'historique de ces symptômes exigeant de nombreux développements et ne permettant par de retranchements, nous renvoyons les lecteurs à l'article qui comprend les quatre groupes des phénomènes mentaux.

Les symptômes mentaux exposés par Maudsley comprennent les phénomènes les plus caractérisés de la folie se rattachant à l'épilepsie, mais on peut ajouter qu'il n'est peut-être pas une forme de l'aliénation mentale, qu'on n'ait eu l'occasion de trouver associée à l'épilepsie. Une particularité qui n'est pas rare chez les malades, c'est l'exagération des sentiments religieux ; aussi ont-ils des visions et s'annoncent-ils souvent, comme recevant d'en haut des révélations spéciales. L'histoire a conservé les noms d'épileptiques célèbres de cette catégorie.

L'existence de l'épilepsie peut échapper à l'œil des médecins eux-mêmes, lorsque les accès du vertige sont si peu accentués, qu'on les prend pour de simples étourdissements ou des évanouissements. Une autre circonstance explique encore pourquoi l'épilepsie peut passer inaperçue, c'est que les accès se produisent souvent la nuit, et sans que le patient s'en doute lui-même. Par toutes ces considérations, il est extrêmement probable que beaucoup de cas de ce qu'on appelle la manie transitoire pourraient être rattachés à l'épilepsie, sous une forme ou sous une autre après examen approfondi de toutes les circonstances. Delasiauve, qui a insisté sur la fréquence avec laquelle l'épilepsie passe inaperçue, rapporte cet exemple. Un jeune homme, bien né, bien élevé, appartenant à une famille respectable, fut condamné à la prison pour vol. De la prison, on le transféra à Bicêtre, à la suite d'accès d'épilepsie répétés. On acquit alors la preuve qu'il était sujet à ce mal, depuis des années, et il devint évident que le vol avait été le résultat d'un désordre mental, se rattachant à l'épilepsie. Ce jeune homme montrait deux caractères différents. Une semaine avant et une semaine après l'attaque, il était irritable, sombre, emporté, enclin à la violence et capable de tous les méfaits imaginables. Dans son état normal, son caractère était tout opposé, il paraissait un homme en pleine possession de ses sens et exempt de toute extravagance. Parfois au lieu de cette folie morale, on voyait survenir chez lui une attaque de manie furieuse et incohérente. Que dire d'une doctrine qui reconnaîtrait dans la folie intellectuelle le résultat d'une ma-

ladie, et ne voudrait voir dans la folie morale, rien autre chose que de la dépravation.

Il n'existe pas à proprement parler, pour admettre distinctement l'épilepsie homicide, de signes tellement spécifiques qu'ils permettent de la constater sûrement, mais ceux qu'on retrouve le plus souvent sont les suivants : absence de motifs plausibles, de préméditation, grande détermination et férocité extrême dans l'exécution, beaucoup plus de violence qu'il n'était nécessaire, aucune dissimulation dans l'accomplissement du crime, et nul soin de se cacher après, indifférence absolue et absence de remords, souvenir incomplet et seulement fragmentaire des faits, ou même oubli total. Certes, quand un assassin se couche et s'endort tranquillement à côté de l'homme qu'il vient de tuer, qu'on sait qu'un lourd sommeil succède ordinairement au paroxysme épileptique, il est à présumer que le crime a été engendré par la névrose épileptique. Il ne faudrait pas croire cependant que l'absence de motif plausible et de préméditation doive s'observer dans tous les cas, bien que ce soit commun. Un fou épileptique peut accomplir son œuvre de mort résolument, et sous l'influence d'un sentiment de vengeance ou de jalousie ; la double maladie ne l'affranchit pas des mauvaises passions ordinaires, de l'envie, de la haine, de la méchanceté et de la jalousie ; mais ce n'est pas moins sur un fou qu'elles exercent leur empire, et peut-être qu'elles ne sont que le délire des sentiments maladifs, si même elles ne sont pas positivement la cause ou le produit d'un délire des idées.

Bien qu'à mon avis, dit le docteur Maudsley, on doive trouver l'épilepsie ostensible ou larvée, au fond de la plupart des cas de manie transitoire, il faut admettre qu'il en est d'autres où l'on ne pourrait découvrir aucun signe d'épilepsie sous une forme quelconque, quoi qu'il ne soit toutefois pas douteux pour moi, que même dans ces cas, il y ait une névrose vésanique. Après l'accouchement, il arrive parfois qu'une femme est saisie d'un violent accès de manie aiguë et qu'alors elle tue son enfant, sans savoir ce qu'elle fait.

Avant de clore ce chapitre où les actes criminels ont si fréquemment accompagné l'épilepsie et qui termine réellement le livre du crime et de la folie, il ne sera pas inutile de dire un mot d'un état de conscience, qui n'est pas sans ressembler à des dispositions particulières observées parfois chez les épileptiques, je veux parler du somnambulisme, affinité signalée par

les anciens. Les journaux américains ont dernièrement parlé d'un enfant qui, pendant son sommeil et une crise de somnambulisme, monta dans la chambre d'un autre enfant par une échelle et le tua. Mis en prison, il tomba une nuit dans la même crise, s'empara d'un rasoir et essaya de tuer un autre prisonnier.

Il y a un état intermédiaire entre la veille et le sommeil, durant lequel la conscience n'étant pas pleinement revenue, les idées et les hallucinations du rêve persistent, pendant quelque temps, si bien d'ailleurs qu'un homme éveillé, croit voir les images et entendre les voix de son songe. Nous avons connu un étudiant en médecine qui, un jour en s'éveillant, après avoir rêvé incendie, voyant encore devant lui la flamme rougeâtre, ouvrit brusquement sa croisée en criant de toutes ses forces au feu. A une époque avancée de la vie, il apercevait encore fréquemment à son réveil, les yeux grandement ouverts, des paysages, des dessins avec leurs véritables couleurs. Un matin, en m'éveillant, raconte Spinoza, dans une de ses lettres, je vis flotter devant moi l'image d'un nègre lépreux, se présentant avec une étonnante netteté. Elle disparaissait presque entièrement, quand je fixais mon attention sur un livre, mais dès que mon regard quittait la page, la vision du noir fantôme se dressait aussi vive qu'auparavant. Peu à peu elle s'effaça et disparut tout à coup. Marc rapporte l'exemple d'un certain Schedmaizig, qui s'éveillant soudain un soir crut voir devant lui un spectre horrible. Il lui cria deux fois « qui est là » ne recevant aucune réponse et s'imaginant qu'il marchait sur lui, il saisit une hachette qui se trouvait à son côté, en frappa le fantôme et tua sa femme.

Si nous avons analysé l'excellent livre de M. Maudsley, comme il mérite de l'être, il ne peut rester aucun doute sur l'existence d'une forte proportion d'aliénés dits criminels, tant au dehors que dans les prisons. Une conséquence non moins douloureuse du rejet de la folie par les magistrats, les jurés et les gens du monde pour cette catégorie de malheureux, est l'emprisonnement, l'application de peines infamantes, et pour plusieurs la mort. Dans l'éloge de l'illustre Mittermaier nous avons mentionné le discours du jurisconsulte Fitzroy-Kelly, qui, dans un meeting d'ouvriers tenu à Londres (1864) pour sauver un nommé Wright, condamné à mort, déclara que pendant les soixante-quatre dernières années, on avait commis en Angleterre 60 meurtres légaux, en exécutant autant d'aliénés.

M. Tardieu, médecin légiste renommé, commis par les tribunaux, n'a pas hésité à proclamer comme une des plus graves erreurs de la justice la condamnation de l'infortuné Jobard, qui avait tué au théâtre de Lyon une jeune femme qu'il ne connaissait pas, pour avoir le temps de se réconcilier avec Dieu avant de mourir. Un autre triste exemple de ces exécutions légales est celui du prêtre Verger, le meurtrier de l'archevêque de Paris. Ses antécédents dénotaient un caractère exalté, inquiet, porté à la menace et à la mélancolie. Il comptait dans sa famille huit fous et suicidés. Il avait été enfermé dans la prison de Melun pour un délit passible des tribunaux. Six semaines environ avant son crime, il fut mis en liberté comme aliéné, cette circonstance n'a point été invoquée à l'époque du procès. Toutes les grandes villes ont une horde de ces malheureux, abandonnés à eux-mêmes, jetés souvent seuls dans les rues, sans personne pour leur inculquer des principes religieux et moraux, livrés à tous les vices et en ayant sans cesse la représentation sous les yeux ; lorsqu'on les soumet à un examen consciencieux, on constate que presque tous présentent la faiblesse d'esprit et le plus souvent l'absence complète du sens moral. Quand on s'enquiert des parents, on en trouve beaucoup atteints de folie ou d'une névrose quelconque ou épileptique. Ces origines obligent à reconnaître que le crime n'est pas toujours la satisfaction de mauvaises passions, mais le résultat de maux physiques et moraux.

Le docteur Maudsley, ayant constaté l'association du crime et de la folie, a recherché avec soin les formes de désordre mental où cette association s'observait le plus souvent. D'après les faits nombreux qu'il a recueillis, les folies avec faiblesse d'esprit, impulsives, paralytiques générales, affectives avec délire des persécutions, et surtout épileptiques, sont celles où ont lieu le plus grand nombre d'actes criminels. Il insiste principalement sur la connaissance approfondie des folies épileptiques, à cause de la rapidité effrayante des crimes, de leur oubli, du long espace qui s'écoule avant l'apparition des signes caractéristiques et parfois de l'impossibilité de découvrir aucun symptôme, quoi qu'il soit convaincu qu'il en existe toujours. Il termine cet examen des folies, où l'on observe la parenté du crime et de la folie, par quelques observations de faits criminels dans le somnambulisme, l'état intermédiaire à la veille et au sommeil.

Comme résumé de tout l'ouvrage, on peut dire que M. Maudsley a établi de la manière la plus positive la complication du

crime et de la folie dans un grand nombre de cas où l'on a soutenu qu'il y avait seulement crime et mis en évidence les variétés de l'aliénation où cette association avait incontestablement lieu (4).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

— Des contractures; thèse présentée au concours pour l'agrégation, par M. le Dr Isidore Straus; Paris 1875, in-8° de 93 p., chez J.-B. Baillière; prix : 2 fr. 50.

— Des paralysies bulbaires; thèse présentée au concours pour l'agrégation, par M. le Dr Hallopeau; Paris 1875, in-8° de 152 p. avec une planche, chez J.-B. Baillière; prix : 3 fr. 50.

— De la localisation dans les maladies cérébrales; thèse de concours pour l'agrégation, par M. le Dr L'épine; in-8° de 160 p. avec planche, Paris 1875, chez J.-B. Baillière; prix : 3 fr. 50.

— Menton, sous le rapport climatologique et médical, par M. le Dr J.-F. Farina; Paris 1875, vol. in-18 de 250 p., chez Octave Doin, 2, rue Antoine Dubois; prix : 2 fr. 50.

— Quelques considérations sur le pronostic de l'épilepsie et son traitement par le sulfate d'aniline, par M. le Dr Albert Peybernès; Montpellier 1875, br. in-8° de 67 p.

— De la contagion du suicide à propos de l'épidémie actuelle, par M. le Dr Moreau (de Tours), fils; Paris 1875, br. in-8° de 79 p.

— De la dégénérescence palustre, par M. le Dr Edouard Burdel; Paris 1875, br. in-8 de 35 p. avec 8 photographies; chez G. Masson.

— De la folie au point de vue philosophique et plus spécialement psychologique, étudiée chez le malade et chez l'homme en santé; Paris 1875, chez F. Savy, ouvrage couronné par l'Institut; vol in-8° de 1000 p.; prix : 12 fr.

— Report of the Pennsylvania hospital for the insane, for the year 1874, par M. le Dr Thomas S. Kirkbride.

— Bethlem hospital; report for the year 1874.

— Ueber epileptische Geistesstörung (sur la folie épileptique), par M. le Dr Leidesdorf; Vienne 1875, br. in-8, de 48 p.

— Annotazioni statistiche del manicomio fiorentino; pour les années 1871-1872, par M. le Dr R. Cantini; Florence 1875, br. in-8° de 48 p.

(4) A la fin de l'ouvrage, M. Maudsley a ajouté un mémoire sur la préservation de la folie, déjà publié dans la *Revue scientifique* de M. Germer Baillière qui contient d'utiles indications.

**Association mutuelle des médecins aliénistes
de France.**

Assemblée générale du 26 avril 1875.

Présidence de M. BAILLARGER.

L'assemblée s'est tenue, comme les années précédentes, au domicile du président de l'Oeuvre, 15, quai Malaquais.

M. le Président annonce que MM. Christian, Florimond, Billod, Desmaisons et du Grand Launay se sont excusés de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Dr Dumesnil fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier qu'il avait été chargé d'examiner conjointement avec M. le Dr Blanche.

M. Dumesnil déclare qu'après examen il a trouvé les comptes exacts et toutes les pièces justificatives régulièrement établies.

M. le Président donne communication d'une lettre du ministre de l'intérieur par laquelle on lui annonce qu'une subvention de 4,500 fr. vient d'être accordée pour l'année 1875 à l'Association des médecins aliénistes.

L'assemblée décide à l'unanimité que des remerciements seront adressés à M. le ministre de l'intérieur et à MM. Durangel et Follet, par l'entremise desquels cette subvention a été accordée.

M. le Président donne la parole à M. Mitivié, secrétaire, pour la lecture du rapport annuel.

Messieurs,

Pour vous rendre compte de la situation morale de notre Association, conformément à l'article 19 de nos statuts, je pourrais me contenter de vous dire que notre œuvre, qui entre dans sa dixième année d'existence, grandit, marche et prospère. Nous avons pu, jusqu'à ce jour, répondre à toutes les demandes qui nous ont été adressées, sans en repousser aucune; la rentrée des cotisations se fait régulièrement; le capital augmente, la somme disponible en secours annuels croît en proportion. Le bien que nous faisons, assurément, est modeste; mais si le passé nous permet de préjuger l'avenir, la marche régulière de notre œuvre est assurée, et nous pouvons entrevoir le moment où nos ressources nous permettront de donner à nos secours un chiffre plus important. La fidélité de

tous ses membres prouve que notre œuvre est comprise de tous et que son généreux promoteur avait eu une heureuse inspiration en vous conviant à sa fondation. Il semblerait dès lors, que nous n'avons qu'à continuer et à nous réjouir ; et je vous y inviterais volontiers. Mais hélas, est-il ici-bas de joie sans mélange ? N'avons-nous pas quelques nouveaux vides à déplorer ? et n'ai-je pas, en payant un juste tribut de regrets à leur mémoire, le douloureux devoir de vous rappeler le noms des confrères à jamais perdus pour nous.

En mai dernier succombait le D^r Berger, médecin en chef de l'asile Sainte-Madeleine, à Bourg, membre correspondant de la Société médico-psychologique et membre de l'Association des médecins aliénistes.

En mai également était enlevé à la fleur de l'âge, 31 ans, victime de son ardeur au travail, le D^r Jules Drouet, médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard, membre correspondant de la Société médico-psychologique, membre fondateur de notre Association. Les établissements témoins du labeur journalier de ces deux hommes de bien, se rappelleront les services reçus, la science gardera la trace de leurs travaux et nos cœurs le souvenir de leur passage au milieu de nous.

Ces pertes, Messieurs, laissent à 122 le nombre des membres de l'Association, ainsi décomposé :

Membres fondateurs.	58
Membres sociétaires.	71
Membres honoraires.	3
	<hr/>
	122

Nous n'avons aucune nouvelle admission à vous signaler, nous ne pouvons que faire appel aux derniers retardataires et aux nouveaux venus de la famille aliéniste, et leur répéter que l'association a ce grand avantage, qu'aux jours prospères elle procure la joie du bienfait donné, et qu'aux jours de détresse elle rend au centuple le léger sacrifice des temps heureux. Qu'ils viennent donc tous nous aider à l'accomplissement de notre œuvre ; nous comptons sur leur concours.

Nos recettes ont atteint en 1874 le chiffre de 7244 fr. et sont ainsi réparties.

Cotisations.	3.475
Subventions ministérielles	1.500
Souscriptions d'asiles	750
Intérêts de capitaux.	1.486
	<hr/>
	7.211

484 ASSOCIATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES.

A ce chiffre, il faut ajouter une recette toute exceptionnelle due au remboursement de 7 obligations du Midi produisant 3398 et une somme de 200 fr. due à un rachat de cotisation; ce qui porte le chiffre à 40.809 francs.

Vous voyez ici, Messieurs, figurer pour la première fois un rachat de cotisation dû à M. le Dr Belhomme; exemple bon à suivre qui a le triple avantage de simplifier la trésorerie, de diminuer les frais de recouvrement et d'assurer pour toujours à l'association le bénéfice d'une cotisation éventuelle.

Un nouvel asile, l'asile de Prémontré, nous a offert son concours pour 1875, ce qui porte à 40 les établissements souscripteurs, savoir :

Asile de Dôle.	400
Mont-de-Vergnes.	400
d'Aix	50
Saint-Dizier	50
Quatre-Mares	400
Saint-Yon.	400
La Roche-Gandon	400
Saint-Lizier	50
Auxerre	400
Prémontré pour 1875	mémoire
	<hr/>
	750

Nous avons tout lieu d'espérer que ces généreux souscripteurs en entraîneront d'autres et que d'ici peu tous les asiles de France tiendront à honneur de voir figurer leur nom sur nos listes.

Les dépenses de l'exercice de 1874 se montent à la somme de 9,813 fr. 90 c. se décomposant ainsi :

Secours à deux veuves de fonctionnaires ayant appartenu au service des aliénés.	4050 »
Secours à un médecin-directeur honoraire . . .	500 »
Secours à 4 veuves de membres fondateurs. . .	1600 »
Secours à un médecin dans le cas de disponibilité.	400 »
Frais d'administration.	74 65
	<hr/>
	3324 65
Placement de fonds.	
Achat de 2 titres de rente 5 p. 400 montant ensemble à 330.	6289 25
Achat de 1 titre de rente 3 p. 400 de 40 fr. . .	200 »
	<hr/>
Total.	9843 90

Ces nouveaux placements de fonds portent le capital placé au chiffre total de 31.424 fr. 25.

Savoir :	
4 titres de rente 5 p. 100 de 450 fr.	43.396 25
2 titres de rente 3 p. 100 de 160 fr.	3.243 55
43 obligations du Midi.	43.465 80
4 obligations Lyon.	4.318 65
	31.424 25
A cette somme il faut ajouter :	
En caisse au 31 décembre 1874.	333 40
Sommes à recouvrer pour 1873.	50
— — — — — 1874.	1205
	4.255
	33.012 35

La presque totalité des sommes à recouvrer est rentrée; il ne reste plus à recevoir que 320 fr. pour 1874.

Récapitulation des recettes de 1865 à 1875.

ANNÉES	COTISA- TIONS.	SOUSCRIP- TIONS des asiles et allocation ministé- rielle.	DONS, plus-value de valeurs rembours. et rachat de cotisation.	INTÉRÊTS DES CAPITAUX.		TOTAL.
				fr. c.	fr. c.	
1865 et 1866	5800 »			58 40		5858 40
1867	3630 »	400 »	1375 »	243 55		5348 55
1868	3590 »	875 »		377 30		4842 30
1869	3600 »	650 »		530 45		4780 45
1870	3664 »	725 »		638 65		5027 65
1871	3430 »	650 »		723 60		4803 60
1872	3105 »	1200 »		784 75		5389 75
1873	3420 »	2150 »		1004 55		6574 45
1874	3475 »	2250 »	1404 75	1486 »		8615 75
Total...	34014 »	8600 »	2779 75	5843 95		51237 70

486 ASSOCIATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES.

Récapitulation des dépenses de 1865 à 1875.

ANNÉES.	SECOURS.	FRAIS D'ADMINISTRA- TION.		TOTAUX.	
		fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.
1865 et 1866	650 »	446	50	796	50
1867	4550 »	64	45	4614	45
1868	4950 »	444	40	2094	40
1869	4500 »	51	70	4551	70
1870	4300 »	54	40	4354	40
1871	4800 »	66	60	4866	60
1872	2200 »	78	65	2278	65
1873	3200 »	447	30	3347	30
1874	3250 »	74	65	3324	65
Total...	47400 »	825	35	48225	35

Si des recettes totales depuis 1865. 51.237,70

Nous retranchons les dépenses. 48.225,35

Nous obtenons un total égal à notre avoir au 31

décembre 1874. 33.012,35

Le chiffre des recettes pour l'année courante peut s'évaluer
approximativement et au minimum à. 5.925

Savoir :

Cotisations 3.475

Souscriptions d'asiles. 850

Intérêts de capitaux. 4.600

5.925

Sur cette somme conformément à l'article 46 des statuts,
nous pouvons distribuer en secours. 3.950 fr.

Le conseil s'est régulièrement assemblé aux époques régle-
mentaires et dans la séance du 25 janvier 1875 il a alloué sur
l'exercice 1875 :

1° A un médecin, directeur honoraire, membre
fondateur. 600

2° A 3 veuves d'anciens médecins d'asile, membres
fondateurs. 4.300

4.950

Ces secours donnés laissent une somme disponible de 2000 fr. sur laquelle le conseil à l'unanimité a décidé de vous proposer.

1° La continuation des secours de 600 fr. et des 250 fr. que vous avez accordés depuis votre fondation à 2 veuves de fonctionnaires du service des aliénés, qui ne faisaient pas partie de l'Association.

2° La faculté d'augmenter de 200 fr. le premier de ces secours si d'ici la fin de l'année le conseil le juge nécessaire.

3° L'allocation d'un secours de 200 fr. à un ancien interne de Charenton.

M. le Président met aux voix les propositions du conseil relatives aux sommes de 600, 250 et de 200 fr. à accorder à des veuves de fonctionnaires du service des aliénés et à un ancien interne de Charenton. Ces propositions sont votées à l'unanimité.

L'autorisation d'augmenter de 200 fr. le secours de 600 fr. est également mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

M. le Président. Par application de l'article 9 des statuts, nous avons à procéder au renouvellement partiel du Conseil.

Les membres sortants et rééligibles sont : MM. Blanche, Falret, Dumesnil, Labitte, Legrand du Saulle.

Le scrutin donne à MM. Falret 44 voix, Blanche 40, Dumesnil 40, Labitte 9, Legrand du Saulle 40, M. Billod 3 voix et M. Dagonet 4; par conséquent les 5 membres sortants sont réélus pour une période de trois années.

La séance est levée à 3 h. 42.

Le secrétaire de l'association,

MITIVIE.

VARIÉTÉS.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— Arrêté du 1^{er} avril 1875. M. le D^r LAGARDELLE, directeur-médecin de l'asile Sainte-Catherine d'Yseure (Allier), a été promu à la 3^e classe de son grade (5,000 fr.).

— Arrêté du 5 avril 1875. M. le D^r FÈVRE, médecin adjoint de l'asile de Toulouse, a été nommé médecin adjoint de l'asile d'Armentières (création d'emploi).

— La Société de médecine d'Anvers vient d'accorder une médaille de vermeil et le titre de membre correspondant à M. le D^r LAGARDELLE, directeur-médecin de l'asile de Moulins (Allier), pour un mémoire intitulé : *Etudes psychologiques sur la raison et la folie*, que cet honorable confrère avait envoyé au concours.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Prix Aubanel. — La Société médico-psychologique vient de décerner le prix Aubanel, de la valeur de mille francs, à M. le docteur SEMAL, médecin-directeur de l'asile des aliénés de Mons (Belgique). Elle a accordé, en outre, une première mention honorable, avec récompense de huit cents francs, à M. le docteur CHRISTIAN, médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Montdevergues, près Avignon (Vaucluse), et une mention honorable, avec récompense de six cents francs, à M. le docteur MORDRET, médecin en chef de l'asile des aliénés du Mans (Sarthe).

La question mise au concours avait été la suivante : « Des troubles de la sensibilité générale dans les délires mélancoliques, et principalement dans le délire hypochondriaque et dans le délire des persécutions. »

Les nombreux mémoires adressés au concours avaient été renvoyés à l'examen d'une Commission élue au scrutin et composée de MM. les docteurs Baillarger, Blanche, Dally, Falret, Legrand du Saulle, Linas, Motet.

Prix Esquirol. — Le prix Esquirol n'a pas été décerné cette année, mais une somme de 400 fr. a été accordée, à titre d'encouragement, à chacun des candidats : MM. le D^r FÈVRE, médecin adjoint de l'asile d'Armentières et REY, interne de l'asile Sainte-Anne.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prix de 1874.

Aucun mémoire n'a été envoyé en 1874 pour les prix Civrieux, Saint-Lager et Falret (Voy. *Annales*, 1874, t. XI p. 327).

Prix de 1875.

Pour l'année 1875, l'Académie n'a reçu de mémoires que pour le prix Civrieux et le prix Lefèvre.

— Les mémoires pour le PRIX CIVRIEUX « de l'insomnie » portent les épigraphes suivantes :

N° 1. Noctes vigilantur amaræ.

N° 2. Du juste le sommeil est bien réparateur ;
Du méchant l'insomnie en fait un malfaiteur.

N° 3. Néant.

N° 4. Qu'y a-t-il de plus doux qu'un sommeil calme et qui n'est troublé par aucun rêve (Platon).

N° 5. Quod caret alterna requie, durabile non est (Ovide).

N° 6. Epigraphe en langue grecque.

— Les mémoires pour le prix LEFÈVRE « de la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale » portent les épigraphes suivantes :

N° 1. En médecine, plus que dans toute autre science, les vérités ne surgissent pas du premier coup, etc., etc.

N° 2. La mélancolie et la paralysie générales sont deux affections distinctes, capables de se compliquer mutuellement.

N° 3. La détermination du siège des maladies ou leur localisation est une des plus belles conquêtes de la médecine moderne.

N° 4. L'observation et l'expérience pour amasser les matériaux, l'induction et la déduction pour les élaborer, voilà les seules bonnes machines intellectuelles (Bacon).

— Les commissaires nommés par l'Académie pour examiner les mémoires envoyés sont :

Pour le prix Civrieux : MM. Baillarger, Chauffard, Jolly, Leroy de Méricourt, Pidoux.

Pour le prix Lefèvre : MM. Guéneau de Mussy, Hirtz, Peisse, Sée, Tardieu.

Prix de 1876.

Les questions mises au concours pour l'année 1876 sont les mêmes que pour l'année 1874 (Voy. *Annales*, 1874, t. XI, p. 327), mais le montant de chacun des prix Civrieux et Falret a été porté à 2,000 francs.

— Les mémoires pour les prix à décerner en 1876 devront être envoyés à l'Académie avant le 4^{er} mars de la même année.

PRIX ET RÉCOMPENSES DE LA SOCIÉTÉ DE TEMPÉRANCE.

La Société française de tempérance a tenu sa séance solennelle le 21 mars, sous la présidence de M. DUMAS, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

Après avoir entendu une allocution magistrale du Président, le rapport sur la situation de l'œuvre par M. Lunier et les rapports de MM. de Ranse et Decaisne sur les prix et récompenses, la Société a décerné un encouragement de 200 fr. à M. Léon Missonnier, de Saint-Flour (Cantal), 48 médailles d'argent grand module, 492 médailles de bronze, 4 livrets de caisse d'épargne de 50 fr. et 39 de 25. Voici les récompenses qui ont été accordées au personnel des asiles d'aliénés.

Asile d'Aix. — M. Comiti (Jules-Toussaint), médaille de bronze et 25 fr.

Asile d'Armentières. — M. Dupont (Louis), médaille de bronze et 25 fr.; MM. Constant (Jean-Baptiste) et Buchez (Pierre-Joseph), médailles de bronze.

Asile d'Auxerre. — M. Hugot (Auguste), médaille de bronze.

Asile de Blois. — M. Gaudin (Jean), médaille d'argent; M. Gaudin (Jean-Marie), médaille de bronze.

Maison nationale de Charenton. — M. Compain (Jean-Baptiste-Lazare), médaille d'argent; M. Husson (Auguste), médaille de bronze.

Asile de Dôle. — M. Cautin (Jules), médaille de bronze.

Asile d'Evreux. — M. Dubois (Gustave-Alphonse), médaille de bronze.

Asile de Fains. — M. Gérard (Clément-Jean-Baptiste), médaille de bronze et 25 fr.

Asile de Montdevergues. — M. Estran (Jean-André), médaille d'argent; M. Volle (Antoine), médaille de bronze et 25 fr.; M. Cluzet (Vincent), médaille de bronze.

Asile de Moulins. — M. Burland (Jean-Baptiste), médaille de bronze.

Quartier d'aliénés de Nantes. — MM. Derouet (Baptiste) et Eon (Jean), médailles de bronze.

Asile de Saint-Dizier. — M. Jacquin (Pierre), médaille d'argent; MM. Dubois (Jules) et Ducruet (Pierre), médailles de bronze.

Asile Sainte-Gemmes. — M. Boucher (Sylvain), médaille de bronze et 25 fr.; MM. Besson (André), Pédron (Pierre-Mathurin), Jolivet (Jean) et Blanvilain (Pierre), médailles de bronze.

Asile de Saint-Robert. — M. Tournon (Jean), médaille de bronze.

Asile de Toulouse. — M. Mons (Jean-Marie), médaille de bronze.

NOTA. — Les adhésions sont reçues au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6. La cotisation annuelle est de 20 fr. pour les membres fondateurs et de 40 fr. pour les titulaires.

PRIX GUISLAIN.

Nous croyons devoir rappeler que la Société de médecine de Gand a mis au concours (1870-1875) la question suivante :

Rechercher quels sont, au point de vue pratique et théorique, les progrès accomplis en médecine mentale depuis le commencement de ce siècle, et déterminer l'influence que Guislain a pu exercer par ses travaux sur la marche de cette partie des connaissances médicales.

Une médaille d'or de 500 francs ou cette valeur en espèces, le titre de membre correspondant et 50 exemplaires tirés à part seront accordés à l'auteur du mémoire couronné.

Les mémoires devront être adressés, franc de port, dans les formes académiques, avant le 1^{er} juin 1875, au docteur Bouqué, secrétaire de la Société, rue du Calvaire, 7, à Gand.

PRIX DE L'ASSOCIATION MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE LONDRES.

Des descendants de William et Samuel Tuke ont mis à la disposition de l'Association médico-psychologique la somme de 400 guinées (un peu plus de 2,500 fr.), que l'Association destine à un prix à décerner à l'auteur qui aura recueilli la meilleure série de cas originaux avec commentaires, éclairant l'étiologie somatique des différentes formes d'aliénation, et accompagnés autant que possible d'observations cadavériques et de préparations microscopiques rapprochées des symptômes. Les mémoires écrits en anglais, mais non de la main de l'auteur, doivent être remis avant le 30 juin 1876.

FAITS DIVERS.

Suicide d'un enfant. — Un enfant de 14 ans, apprenti garçon boucher, vient de se suicider rue Lamartine. C'est à la suite d'une escapade faite en compagnie de quelques jeunes vauriens de son âge que le pauvre enfant dépensa une somme de 40 francs appartenant à son patron. Rentré chez celui-ci, il craignit les reproches qu'il avait encourus et le matin, avant le jour, il se pendit dans sa chambre (*le Temps*).

Le suicide en Prusse. — Le bureau prussien de statistique vient de publier la statistique suivante sur les suicides en Prusse pendant les années 1869 à 1872 :

	H.	F.	TOTAL.
1869.	2.570	646	3.486
1870.	2.334	623	2.963
1871.	2.483	540	2.723
1872.	2.363	587	2.950

On remarquera que la proportion des suicides parmi les hommes est de trois à quatre fois et demi plus forte que chez les femmes. Par rapport à l'âge des suicidés, on voit que la tendance au suicide augmente avec l'âge, chez les hommes. La proportion la plus forte est entre 40 et 45 ans et entre 50 et 60 ans; chez les femmes, elle est de 15 à 20 ans et au-dessus de 70 ans.

Les personnes mariées fournissent 452 suicides sur 4.000, les célibataires au-dessus de 15 ans, 339 sur 4.000, le reste appartient à la catégorie des veufs, divorcés, etc.

Sous le rapport des professions, les suicidés, de 1869 à 1873, se repartissent ainsi: sur 4.000 suicidés sans distinction de sexe, 204.6 appartiennent à l'agriculture, 204.4 à l'industrie, 458.3 à la classe des ouvriers et manœuvres, 63.5 à l'industrie du bâtiment, 52.9 à l'armée et à la flotte, 43 à la sylviculture, 2.4 à la gendarmerie et à la police, et 0.9 à l'industrie de la pêche.

La plupart des suicidés se pendent ou se noient. Les hommes emploient de préférence les armes à feu et les femmes l'asphyxie ou l'empoisonnement. (*Union médicale* du 24 janvier.)

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XII^e VOLUME DE LA CINQUIÈME SÉRIE.

PREMIÈRE PARTIE.

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

I. Pathologie.

	PAGES.
Des inconvénients des dents artificielles chez les aliénés; par le docteur Sizaret	5
Souvenirs rétrospectifs de 1874. — Observation intéressante de lypémanie; par M. le docteur Hospital.	41
Quelques considérations sur l'état des yeux dans la paralysie générale; par le docteur Mobèche (suite et fin).	49
Quelques observations pour servir à l'histoire de la folie pénitentiaire; par M. le docteur A. Hurel	161 et 321
Recherches sur l'épilepsie alcoolique; par le docteur J. Drouet .	493
De l'hystérie chez l'homme; par M. le docteur Paul Fabre.	354
Alcoolisme et délire des persécutions; par M. le docteur Cullière.	398

II. Médecine légale

Affaire Hacquin; homicide volontaire; dipsomanie; ordonnance de non-lieu; par M. le docteur Dauby	53
Rapport médico-légal sur l'état mental de la femme Manguen, inculpée de meurtre. — Simulation; condamnation; par M. le docteur Deboudt.	322
Rapport médico-légal sur l'état mental du nommé Rouget, inculpé de bigamie; paralysie générale; ordonnance de non-lieu; par M. le docteur Petrucci.	411

III Établissements d'aliénés

L'hospice Pedro II et les aliénés au Brésil; par M. Ph. Rey.	75
L'asile départemental de Bron; par M. le docteur Arthaud.	243

IV. Législation.

Des placements volontaires dans les asiles d'aliénés de la Seine; par M. le docteur Blanche.	100
Etude de la loi sur les aliénés du 30 juin 1838; par M. le docteur Taguet.	220

DEUXIÈME PARTIE.

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

I. Société médico-psychologique.

- Séance du 26 octobre 1874.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Dagon, Lefèvre. — Des placements volontaires dans les asiles de la Seine : MM. Blanche, Lasègue, Billod, Falret et Lunier 108
- Séance du 30 octobre 1874.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Loiseau et Brière de Boismont. — Des placements volontaires dans les asiles d'aliénés de la Seine : MM. Billod, Dumesnil, Lunier, Blanche et Pouzin. 110
- Séance du 30 novembre 1874.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Planque, Ponza, Voisin. — Sur le service des aliénés de la Seine : M. Ch. Loiseau. — Rapport de M. Dumesnil sur la candidature de M. Maret. — Rapport de M. Legrand du Saulle sur la candidature de M. Lefèvre. — Du traitement de la folie par les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine : MM. Voisin, Molet, Fournet, Delasiauve, Lunier, Legrand du Saulle et Magnan. 113
- Séance du 28 décembre 1874.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Lunier, Loiseau, Brière de Boismont, Dally. — A l'occasion du procès-verbal : M. Voisin. — Comptes du trésorier : M. Voisin. — Rapport de M. Blanche sur la candidature de M. Hurel ; élection. — Archives et bibliothèque de la Société : MM. Dally, Loiseau et Lunier. — Election du bureau pour l'année 1875. — Nomination de commissions. — Observation d'hystérie chez l'homme : M. Favre. 266
- Séance du 25 janvier 1875.* — Installation du bureau. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Labitte, Lunier, Constans, Foville et Linas. — L'enseignement clinique des maladies mentales : MM. Henry Bonnet, Aug. Voisin, Baillarger, Brière de Boismont, Lunier, J. Falret et Blanche. — Rapport sur les comptes du trésorier : M. Legrand du Saulle. — Prix Aubanel ; éloge d'Aubanel : M. Legrand du Saulle. — Rapport de M. Voisin sur la candidature de M. Bateman ; discussion sur l'aphasie : MM. Foville, Dally, Baillarger, Delasiauve, Falret et Lunier. 260
- Séance du 22 février 1875.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Bateman, Rey et Dally. — Rapport de M. Legrand

du Saulle sur la candidature de M. Laussedat au titre de membre correspondant; élection. — Étude clinique des maladies mentales : MM. Collineau, Lunier Magnan, Laségue, Baillarger, Delasiauve, Bouchereau, Dally, Motet, Voisin et Blanché	423
--	-----

Séance du 5 avril 1875. — Correspondance ; le congrès international de Bruxelles : M. Lunier. — Commission pour le prix Aubanel ; choix de questions : MM. Bourdin, Motet, Dagonet, Fournet, Voisin, Berthier, Baillarger, Delasiauve, Billod, Falret, Loiseau et Lunier. — De l'opportunité de recueillir des observations dans les asiles : MM. Baillarger, Lunier, Lucas, Azam, Delasiauve, Billod, Voisin et Falret ; nomination d'une commission	429
--	-----

REVUE ANTHROPOLOGIQUE.

Année 1871 et 1872

par M. le D^r Ach. Foville.

Déformation toulousaine du crâne	130
Mariages consanguins	131
Lésions du crâne et du cerveau chez un imbécile	133
Asymétrie du crâne dans un cas de torticolis	134
Lésions rachitiques du crâne	135
Albinisme dans une famille de nègres	135
Des cagots	136
Mœurs des Indiens Koloches	136
Développement du cerveau par l'éducation	138
Études de crâniométrie	139

II. Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX ANGLAIS (1872).

Analyse par M. le D^r Dumesnil.

Connexions héréditaires entre certaines affections nerveuses	273
Feintes tentatives de suicide	277
Sur quelques-uns des enseignements modernes concernant la folie	281
Encombrement des asiles	284
Efficacité comparative, dans la manie, de la jusquiame, du bromure de potassium et du chloral	286
Epidémies mentales parmi les animaux	286
Une possibilité médico-légale	287
Cas d'aphasie et d'agraphie avec ataxie locomotrice	288
Sur la névralgie et les affections analogues	292
Des aliénés dans la famille et dans les asiles	293
Liberté laissée aux aliénés dans les asiles	294
Température dans la paralysie générale	436

REVUE DE PSYCHIATRIE
TABLE DES MATIÈRES.

495

Lésion de la circonvolution de Broca sans aphasic.	438
Abolition de l'isolement en cellule	442
Folie et homicide.	444
Du restraints dans les asiles d'Amérique	449
Sur l'hydrate de chloral.	450
Accroissement apparent du chiffre des aliénés.	454
Impulsions irrésistibles chez les aliénés.	451

JOURNAUX ITALIENS (1872 et 1873).

Analyse par MM. Motet et Briere de Boismont.

Etiologie de la pellagre.	294 et 299
Méningite cérébro-spinale foudroyante.	297
Classification des maladies nerveuses.	297
Traitement de la parésie cérébrale par le phosphore.	298
Observations de maladies cérébrales.	299
Sur la paralysie générale.	300
Sur la nécessité de créer des asiles pour les criminels.	302
Nouvelles cellules pour les fous furieux.	307
Cas de folie transitoire : soupçons de simulation.	308
Influence de la variole dans les maladies mentales.	309
Désharmonies et excentricités congénitales de l'esprit.	314
Seconde expertise d'Agnoletti.	312

JOURNAUX ALLEMANDS.

Années 1873 et 1874.

Analyse par M. le D^r Chatelain.

Aliénation méconnue.	452
Difformités crâniennes.	453
Forme particulière d'amnésie.	454
Indication du placement dans les asiles.	454
Un cas de lycanthropie.	455
Du pronostic dans les psychoses.	455
Altérations anatomiques de la paralysie générale	457
De la vitesse de la pensée chez les aliénés.	458
Notes statistiques sur les asiles bavares.	459
De l'amylnitrite dans la mélancolie.	460
Des psychoses chez les prisonniers.	461
De la coprophagie chez les aliénés.	462
De la falsification du chloral.	463
Syphilis cérébrale.	464

III. Bibliographie.

Études de physiologie et de pathologie cérébrales. — Des actions réflexes du cerveau dans les conditions normales et morbides de leurs manifestations, par M. J. Luys (anal. par M. Ach. Foville).	143
--	-----

