Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 14. - Paris: Masson, 1875.
Cote : 90152, 1875, n° 14

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1875x14

©BIUM



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

©BIUM

©BIUM

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

Médecin 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 QUATORZIÈME

TRENTE-TROISIÈME ANNÉE.



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Place de l'École-de-Médecine

1875.

©BIUM

©BIUM

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



PATHOLOGIE.

LES ALIÉNÉS VOYAGEURS OU MIGRATEURS

ÉTUDE CLINIQUE SUR CERTAINS CAS DE LYPÉMANIE (1).

Par le Dr Ach. FOVILLÉ, fils
Directeur-Médecin de l'Asile de Quatre-Mares.

« Il ne m'a pas été possible, quoi que j'aie fait, dit Leuret, » de distinguer, par sa nature seule, une idée folle d'une » idée raisonnable. J'ai cherché soit à Charenton, soit à Bi- » cêtre, soit à la Salpêtrière, l'idée qui me paraîtrait la » plus folle ; puis, lorsque je la comparais à bon nombre de » celles qui ont cours dans le monde, j'étais tout surpris et » presque honteux de n'y pas voir de différence. » Fragments psychologiques sur la folie, p. 41.

Ce que, dans ce passage souvent cité, Leuret dit des idées délirantes, on peut le dire, au même titre, des actes délirants,

(1) Mémoire lu à la Société Médico-Psychologique dans la séance du 26 avril 1875.

©BIUM

qui, eux aussi, n'ont que bien rarement un caractère pathognomonique intrinsèque, et qui, pris en eux-mêmes et considérés isolément peuvent, presque toujours, trouver leurs analogues parmi les actes des gens raisonnables.

Réciproquement, il n'est pour ainsi dire pas un acte qui, habituellement propre aux personnes sensées, ne puisse aussi être accompli par des aliénés, sous l'inspiration de leur délire, et qui ne devienne ainsi, dans certaines circonstances, une manifestation morbide, un véritable symptôme de folie. Mais, ici encore, pour reconnaître le caractère vésanique de ces actes, il faut bien se garder de les examiner à l'état d'isolement. Il est essentiel, au contraire, de les relier aux circonstances qui les ont précédés et motivés, de démontrer le caractère délirant de ces phénomènes, et d'établir ainsi, entre eux et les actes étudiés, un rapport évident de cause à effet.

Si l'on généralisait ce procédé, on pourrait faire presque autant de chapitres de pathologie générale vésanique que l'on peut imaginer de natures d'actes ; mais, et ceci est un point sur lequel il est indispensable d'insister, il ne s'en suivrait pas que l'on proposât de morceler l'étude théorique de la folie en un nombre correspondant d'espèces morbides distinctes, caractérisées chacune par un seul genre d'action délirante, et par une épithète spécifique. Loin de là, au lieu de ramener à l'étude des monomanies exclusives, cette analyse devrait au contraire avoir pour but de démontrer que, malgré la variété infinie de ses manifestations symptomatologiques, le délire dans les actes peut toujours se rattacher à l'une des diverses formes de maladies mentales dont l'étude clinique des aliénés a fait reconnaître l'existence.

Par conséquent, en parlant aujourd'hui d'un groupe d'aliénés que je désignerai sous la dénomination d'aliénés *voyageurs* ou *migrateurs*, je suis bien loin de vouloir m'exposer au reproche de prétendre inventer une nouvelle espèce de folie. Au contraire, je voudrais montrer comment

©BIUM

un acte qui est habituellement aussi réfléchi et aussi rationnellement motivé que les grands voyages, peut, dans certaines circonstances, être le résultat maladif d'une conception délirante ; puis, ceci établi, rechercher si les aliénés voyageurs ne présentent pas, conjointement à ce symptôme, un cortége d'autres caractères maladifs qui permettent d'établir le diagnostic différentiel de leur affection, et de la classer dans une espèce de folie déjà connue et déterminée.

L'analyse clinique est le seul guide qui puisse me conduire dans cette recherche, et c'est en rapportant ici un certain nombre d'observations d'aliénés migrateurs que je puis espérer atteindre le but que je me propose.

Mais je dois d'abord faire connaître les circonstances qui ont attiré mon attention sur les faits de ce genre, et sur leur signification pathologique.

Le Havre est, on le sait, une grande ville commerciale et maritime dont la population dépasse aujourd'hui 60,000 âmes. C'est un des principaux ports d'embarquement servant d'intermédiaire entre l'Europe et les autres parties du monde. Le commerce, l'industrie, tous les métiers relatifs à la navigation y ont acquis un développement excessif, et s'accompagnent, naturellement, de beaucoup d'influences susceptibles de produire l'aliénation mentale. Aussi est-il tout naturel que la ville du Havre contribue pour une part considérable à peupler, de ses malades, les asiles d'aliénés du département de la Seine-Inférieure, et c'est en effet ce qui a lieu. Pendant les deux années 1873 et 1874, le Havre, à lui seul, a fourni le sixième des malades admis à l'asile de Quatre-Mares, soit 30 sur une moyenne de 180 admissions annuelles.

Or, dès les premiers temps de mon séjour à Quatre-Mares, je fus frappé d'une particularité propre à quelques-uns de ces malades venant du Havre. Le plus grand nombre, sans doute, étaient des Havrais proprement dits, c'est-à-dire, qu'ils habitaient ordinairement la ville, soit qu'ils y fussent nés,

©BIUM

soit qu'ils y fussent établis depuis un temps plus ou moins long. D'autres, au contraire, et ce sont ceux dont je veux parler, ne se trouvaient au Havre que d'une manière accidentelle, lorsqu'ils ont été arrêtés comme aliénés. Ils y étaient en qualité de simples passagers, et avaient manifesté leur état de folie, soit au moment de s'embarquer pour traverser l'Atlantique, soit à celui où ils débarquaient à leur retour de quelque pays lointain.

En me faisant raconter l'histoire détaillée de ces aliénés, ainsi reconnus et arrêtés au passage, et en rapprochant leurs observations les unes des autres, je remarquai qu'elles présentaient, toutes, certaines particularités identiques; je me demandai alors si cette similitude, dans les circonstances qui les avaient fait conduire à l'asile, était l'effet d'un simple hasard, ou si elle ne dépendait pas, plutôt, d'une règle pathologique commune, et des caractères propres à la forme de folie dont ils étaient atteints.

C'est à cette question que le travail actuel a pour but de répondre, en constituant une sorte de clinique médico-psychologique des grands ports d'embarquement, et de celui du Havre en particulier.

Mais avant de donner les observations des malades qui font l'objet de ce chapitre de clinique, je dois encore mieux limiter mon sujet, en élaguant certaines catégories d'aliénés qui ont, il est vrai, avec eux, un point d'analogie, celui de se déplacer sous l'influence de l'état morbide de leur intelligence, mais qui en diffèrent trop complétement à d'autres égards pour qu'entre eux la confusion soit admissible.

Il est certains imbéciles qui ne peuvent s'astreindre à aucune résidence fixe; qui ont un véritable besoin de continuellement changer de place, et, qu'à moins de les séquestrer, on ne peut guère empêcher d'errer dans les campagnes en se livrant au vagabondage, voire même au maraudage.

Il y a aussi quelques malades affectés de folie instinctive, qui, lorsqu'ils sont repris d'un de leurs accès périodiques,

©BIUM

se sentent impérieusement poussés à quitter l'endroit où ils demeurent, et à aller, dans d'autres parages, se livrer à leurs actions délirantes. C'est notamment ce qui arrive à certains dipsomanes qui, chaque fois qu'ils sont en proie à un de leurs paroxysmes, disparaissent du lieu de leur domicile, se cachent en plongeant pour ainsi dire dans les bas-fonds sociaux, où ils vont satisfaire leur fureur de boire, et ne reparaissent que lorsque leur accès de débauche est terminé.

Il y a des épileptiques qui partent inconsciemment, font parfois de longs trajets, et se trouvent dans un endroit plus ou moins distant de leur domicile, sans savoir comment ils y sont venus, ni ce qui a pu les y conduire.

Il y a, enfin, des déments qui cherchent toujours à sortir, à se promener sans but déterminé, et qui, s'ils ne sont pas surveillés, peuvent s'égarer, marcher longtemps devant eux sans se reconnaître, sans savoir où ils vont, sans être en état de demander leur chemin, ni de donner leur adresse, en sorte qu'il arrive de les retrouver bien loin de leur point de départ.

Les malades appartenant à ces quatre catégories, imbéciles qui vagabondent, dipsomanes qui, pendant leurs accès de débauche, quittent leur domicile pour plonger dans la fange des bas-fonds sociaux, épileptiques qui exécutent des fugues subites et inconscientes, déments qui s'égarent en marchant au hasard devant eux, ont bien un caractère commun avec les aliénés voyageurs dont je vais parler, celui de se déplacer et de quitter leur résidence. Mais l'analogie se borne à ce seul fait, et il n'y en a aucune dans les motifs du déplacement.

Les aliénés voyageurs auxquels j'arrive accomplissent, en effet, lorsqu'ils se déplacent, un acte réfléchi et parfaitement conscient ; ils entreprennent de longs voyages par suite d'idées nettes et logiquement systématisées ; ils savent très-bien ce qu'ils veulent faire en quittant l'endroit ù

©BIUM

ils se trouvent, pour émigrer dans un pays plus ou moins éloigné. Les aliénés, bien connus dans leurs allures, auxquels on pourrait le mieux les comparer, seraient ces hallucinés qui ne peuvent rester longtemps dans le même appartement, parce qu'ils s'y sentent trop tourmentés, et qui, dans une même ville, changent continuellement de maison ou de quartier. Mais, ici, au lieu d'un simple déménagement, il s'agit d'une expatriation.

Avant de m'étendre plus longuement sur les caractères du délire de ces malades, je vais laisser la parole aux faits et rapporter leurs observations. Dans la plupart, comme je l'ai annoncé, la ville du Havre joue un rôle quelconque ; mais je ne me suis pas privé d'en rapporter quelques-unes semblables, dont le théâtre est différent; commençons par le cas le plus simple.

Observation I. — Chagrins domestiques ; tristesse habituelle ; plus tard illusions, hallucinations de l'ouïe ; fuite précipitée pour le Havre ; en arrivant dans cette ville, tentative de suicide par submersion ; accès de lypémanie aiguë ; guérison.

Le sieur Jean-Charles L..., âgé de 54 ans, cocher à Paris, entre à l'asile de Quatre-Mares, le 13 avril 1873, venant de l'hospice du Havre.

Je n'ai pas pu avoir de renseignements sur les dispositions héréditaires de sa famille, mais j'ai su, de la manière la plus sûre, qu'il avait toujours eu une conduite très-régulière, qu'il était très-laborieux et très-rangé, et qu'il ne commettait jamais d'excès alcooliques.

A 30 ans, il s'est marié, mais sa femme le trompa. Après quelques mois de mariage, il la quitta, alors qu'elle était enceinte, et assure-t-il, enceinte des œuvres de son amant. Depuis cette époque il a toujours été triste, sans que cependant cette tristesse ait eu un caractère maladif.

La guerre et le siége de Paris lui firent perdre la place qu'il occupait depuis longtemps, chez un loueur de grande remise; il put néanmoins trouver un emploi dans une maison bourgeoise et ne fut pas trop malheureux ; après la Commune, il dut vivre pendant cinq ou six mois sur ses économies, et comme il était fort intéressé, cela le contraria beaucoup.

©BIUM

Il rentra cependant chez son ancien patron et fut placé dans une grande famille parisienne où il était fort bien vu; mais on constata que son intelligence était affaiblie. Au commencement de 1873, il apprit que sa femme continuait à se mal conduire, et que son fils s'en plaignait amèrement. Bien que, depuis longues années, il ne les eût revus, ni l'un ni l'autre, il fut très-sensible à ces nouvelles, et elles achevèrent de troubler sa raison.

Les personnes qui lui portaient le plus d'intérêt lui deviennent suspectes; il ne voit plus autour de lui que des ennemis. Il va dans son pays, espérant que sa famille le protégera; mais il lui semble que même son frère, sur lequel il comptait le plus, s'est tourné contre lui. Il croit que tous ses parents sont froids ou hostiles et revient à Paris.

Là sa situation s'aggrave rapidement; il éprouve des illusions et des hallucinations, et se croit définitivement perdu, sans cependant en rien dire à personne. Ses tourments deviennent tels qu'un jour, sans avertir maître ni loueur, sans prendre autre chose qu'un peu d'argent et quelques titres mobiliers fruits de ses épargnes, mais après avoir eu le soin de donner, à ses chevaux, ce qu'il leur fallait jusqu'au lendemain, il se décide à fuir. La gare la plus proche est celle de la rue Saint-Lazare; il y court et prend le train pour le point extrême de la ligne. Au milieu de la nuit il arrive au Havre, mais il veut fuir encore plus loin; il ne connaît personne dans la ville, il marche droit devant lui, sans savoir où il va; il arrive au port, à la jetée, à la mer; il veut toujours aller plus loin et se jette dans les flots. Cependant, malgré la nuit, il avait été vu; on le sauva et on le transporta de force à l'hospice du Havre.

Là, pendant plusieurs jours, L... est en proie au délire le plus violent; il se croit entouré d'assassins; obsédé par des hallucinations terrifiantes, il veut s'étrangler avec ses draps, ou se briser la tête contre les murailles.

Au moment de son entrée à l'asile de Quatre-Mares, à peu près vingt jours après sa fuite de Paris et sa première tentative de suicide, il est moins violemment troublé, sans cependant être débarrassé de son délire mélancolique. Ses traits contractés expriment l'anxiété et la souffrance; il me fait le récit de ses craintes, de sa fuite, de son acte de désespoir.

Je n'entrerai pas dans les détails de son séjour à l'asile; qu'il me suffise de dire que, peu à peu, son délire parut céder et que tous les accidents finirent par disparaître en laissant seu-

©BIUM

lement sur les traits de L... un voile de tristesse qu'il m'assurait être son aspect habituel depuis longues années. Il se mit promptement au travail; s'occupa au ménage de son quartier, aux soins à donner aux voitures, aux harnais, aux chevaux.

Sa famille lui témoigna beaucoup d'intérêt; L... touché de ces avances parut se réconcilier avec la vie.

Au bout de cinq mois et demi de séjour à l'asile, son frère vint le chercher; L... à cette époque était entièrement rétabli; il affirmait qu'il se sentait parfaitement capable de reprendre ses occupations sans danger de rechute. Il partit néanmoins pour aller passer quelques mois de convalescence dans son pays, en Lorraine.

Je n'ai pas eu de ses nouvelles depuis sa sortie.

Remarques. L'histoire pathologique de L.., est très-simple; chez un homme habituellement triste, à la suite de grands chagrins domestiques, une recrudescence de ces chagrins détermine un commencement de délire mélancolique caractérisé par des illusions de la vue et des hallucinations de l'ouïe. Sur ce fond pathologique se produit un accès de lypémanie aiguë qui dure quelques semaines et fait place à une convalescence, suivie elle-même de guérison, après six mois environ de maladie.

Mais ce qui, au point de vue qui m'occupe dans ce travail, doit spécialement être remarqué, c'est cette impulsion subite qui, au moment où le redoublement des hallucinations fait éclater l'accès de lypémanie aiguë, détermine le malade à quitter l'endroit où il se trouve, et à fuir le plus loin possible. Dans ce cas, où l'intensité du trouble intellectuel ne laissait que bien peu au malade la possibilité de raisonner ses actes et de diriger sa conduite, le plus loin possible fut, au bout de quelques heures, l'extrémité de la jetée du Havre, et le malheureux ne trouva rien de mieux à faire que de se jeter à la mer. N'était-ce pas là le voyage le plus lointain qu'il pût entreprendre!

©BIUM

OBSERVATION II. — Esprit romanesque; oisiveté et nonchalance, hallucinations et idées de persécutions; expatriation forcée par suite d'option pour la nationalité française après l'annexion de la Lorraine; recrudescence du délire; départ de Paris pour le Havre et l'Amérique; séquestration d'office; guérison.

M... (Joseph) est âgé de 28 ans, lorsqu'il entre à l'asile de Quatre-Mares, le 6 mars 1873.

Il est né à Metz et y a séjourné jusqu'au 1er octobre 1872. Il a été considéré, depuis sa naissance, comme très-nerveux, et a eu, vers l'âge de 10 ans, une fièvre typhoïde. Nous n'avons pas de renseignements sur ses antécédents héréditaires; il avait 14 ans lorsque mourut son père, boulanger à Metz. Joseph est alors resté entre sa mère et sa sœur dont l'affection pour lui allait jusqu'à la faiblesse; il en a profité pour négliger le travail, ne s'occupant que d'une manière très-superficielle de la boulangerie que sa famille continuait à tenir. Dès cette époque, son caractère prenait une tournure exaltée, et il se livrait avec frénésie à la lecture des romans. Par suite de ces lectures malsaines, son esprit se faussa, et il se crut appelé à jouer dans le monde, le rôle d'un de ces héros dont il dévorait les aventures. Deux fois même, il devint amoureux de jeunes personnes d'une situation très-supérieure à la sienne et il fut fort affecté de voir qu'il ne pouvait obtenir leur main. La guerre allemande, la conquête de Metz par les Prussiens, l'option qu'il fit de la nationalité française, furent autant de circonstances qui, ajoutées à l'incertitude de son avenir, achevèrent de troubler son intelligence.

Dans les premiers mois de 1873, M... (Joseph) était, nous ne savons depuis combien de temps, obsédé par des hallucinations et des idées de persécutions; sans en rien dire à personne, il se considère comme menacé, jusque dans la maison maternelle, et mêlant la politique à ses affaires de famille, il ne sait s'il doit se méfier le plus de M. de Bismark ou de ses propres parents. En tout cas, il juge nécessaire de pourvoir à sa sûreté, et comme, sous le joug prussien, un Français ne peut acheter d'armes à Metz, il va faire une excursion à Luxembourg pour acheter une canne à épée et un révolver; en même temps, il s'enferme dans sa chambre et s'y fabrique, lui-même, une cuirasse en fer-blanc qu'il porte sous ses vêtements.

Ces précautions ne lui donnent aucune sécurité; on le suit avec menaces dans les rues; on le regarde en ricanant; sa mère, sa

©BIUM

sœur elles-mêmes se rangent du côté de ses ennemis; du reste, il ne peut rester longtemps à Metz, car il a opté pour la nationalité française. Il comprend que, pour se mettre hors de portée du danger, le mieux est de partir de suite. Il réalise une somme de 6,000 fr. constituant le plus clair de sa fortune et s'empresse de traverser la frontière française le 1er octobre.

Dans ses premiers séjours à Pont-à-Mousson et à Nancy, il continue à éprouver les mêmes persécutions, ce qu'il attribue à des espions prussiens; il se rend à Laon, s'enferme dans une chambre de faubourg, y lit les Girondins de Lamartine et espère avoir trouvé le repos; mais au bout de quelque temps ses tourments recommencent; il ne peut les supporter plus d'un mois et arrive à Paris dans les derniers jours de 1872.

Il s'installe dans un hôtel à bon marché; ne fait, par économie, qu'un véritable repas par jour, ne lie connaissance avec personne et passe tout son temps à lire et à marcher. Ce genre de vie ne lui rendit pas le repos, loin de là. Seul, enfermé dans sa chambre, il entend des voix connues, celles de sa mère et de sa sœur surtout, qui des chambres voisines lui répètent ses propres pensées; il est tellement convaincu de leur présence qu'il insiste auprès du propriétaire pour qu'on lui ouvre les chambres où il est sûr de les voir, et où il ne trouve personne. Dans les rues, il se sent poursuivi et observé par des espions auxquels il cherche vainement à se soustraire. Il a alors l'idée de se réfugier sous la protection du gouvernement, et pour cela, il part pour Versailles; mais, là encore, il est en butte à un espionnage incessant, ce qui met le comble à son trouble. Ce n'est donc plus seulement Bismark qui tient à se rendre ainsi compte de tout ce qui le concerne, c'est M. Thiers qui le fait espionner avec autant de rigueur. Qui donc est-il pour que les plus hauts personnages tiennent tant à savoir ce qu'il fait? En quoi peut-il leur porter ombrage?

Quoi qu'il en soit de cette question qu'il se contente de poser, sans encore y répondre, il comprend qu'il n'est en sûreté ni à Metz, ni à Paris, ni nulle part en Europe, et qu'il n'a qu'un parti à prendre, gagner rapidement l'Amérique où il espère du moins être hors d'atteinte.

Il part donc pour le Havre avec tant de précipitation qu'il laisse tous ses effets, ses livres, ses malles dans son hôtel où il ne veut même pas remettre les pieds; il n'emporte que son argent.

Il s'arrête à Rouen, avec l'intention d'y rester quelques

©BIUM

heures seulement; puis changeant subitement de résolution, il veut retourner à Paris. Mais ses allures étranges dans la gare du chemin de fer attirent l'attention de la police; il est arrêté dans un état complet d'égarement, reconnu aliéné et envoyé d'urgence à l'asile de Quatre-Mares, où il entre le 5 mars 1873.

Les hallucinations de M... (Joseph) étaient alors des plus intenses. Jusque dans mon cabinet, il s'arrête dans le récit de son histoire, pour aller ouvrir les portes, persuadé que derrière il va voir sa mère et sa sœur qui viennent de lui parler. Au bout de quelques semaines, invité à donner de ses nouvelles à sa mère, il lui adresse une lettre où il l'appelle « Madame » et il refuse de lui donner un autre titre, me disant à moi-même que, d'après ce qui lui est arrivé, il ne sait plus s'il doit se considérer comme le fils de cette femme, et s'il n'y aurait pas eu, autrefois, dans la famille M..., quelque substitution d'enfant.

Ce fut là le point culminant de son délire, et à partir de la fin de mars son état s'améliora rapidement. Les hallucinations, d'abord atténuées, disparurent d'une manière complète, et le naturel enjoué, sympathique, voire même un peu humoristique de M... (Joseph) reparut peu à peu. Il écrivit à tous les membres de sa famille, leur donnant sans aucune restriction, le titre que comportait leur degré de parenté avec lui. Il travailla dans les bureaux de l'asile d'une manière intelligente et utile, me fit à plusieurs reprises, le récit complet de ses hallucinations, les décrivant comme des accidents pathologiques qui lui avaient troublé l'intelligence, mais qui n'avaient pas laissé de traces.

Le 20 juin 1873, il me parut assez bien rétabli pour qu'il n'y eut plus lieu de le retenir à l'asile et il en sortit pour cause de guérison.

Quelque temps après, il m'écrivit une lettre de remercîments, convenable à tous égards; j'appris qu'il était retourné à Metz dans sa famille.

Je n'ai plus eu de ses nouvelles et j'ignore si sa guérison s'est maintenue.

Remarques. La maladie de M... (Joseph) présente, comme la précédente, les caractères pathognomoniques de la lypémanie; mais dans ce cas, la marche de l'affection est moins aiguë, la nature des actes délirants plus raisonnée, leur

©BIUM

succession moins rapide. Halluciné et persécuté depuis un temps déjà éloigné, obligé pour se croire en sûreté de porter une cuirasse et des armes, M... (Joseph) quitte Metz, sa ville natale, où il ne peut plus rester puisqu'il a opté pour la nationalité française, et qu'il se sent l'objet des persécutions de M. de Bismarck. Entré en France, il va par étapes lentes à Pont-à-Mousson, Nancy, Laon, mais il est partout tourmenté par ses hallucinations et il vient chercher un refuge à Paris. N'y trouvant pas la sécurité sur laquelle il comptait, il veut se mettre sous la protection du gouvernement, à Versailles, et subit encore une déception; il se sent aussi persécuté par M. Thiers que par M. de Bismarck. C'est alors qu'il comprend que son salut exige une détermination héroïque et qu'il fuit Paris avec l'intention de gagner le Havre et l'Amérique; mais en route, il est reconnu aliéné et envoyé dans un asile où il ne tarde pas à se rétablir.

Quelque tourmenté qu'il fût, M... (Joseph) a toujours raisonné ses actes avant de les commettre; il a agi logiquement; même en quittant Paris avec précipitation, il a eu soin d'emporter son argent; il se promettait de se faire suivre par ses habits et ses autres effets.

L'affection de M... (Joseph) a présenté tous les caractères de la lypémanie hallucinatoire simple. Mais il a existé chez lui, en outre, une tendance à la production des idées de grandeurs caractéristiques de la mégalomanie. Il s'est demandé, à un moment, comment il se faisait qu'il pût porter, à un tel point, ombrage à M. de Bismarck et à M. Thiers; plus tard, il a écrit à sa mère en l'appelant Madame, pensant, m'a-t-il dit, que peut-être il n'était pas réellement le fils d'un boulanger, et qu'il pouvait bien avoir été l'objet d'une substitution au berceau. Ce sont là précisément les symptômes que j'ai signalés dans un autre travail (1), comme

(1) Etude clinique du délire des grandeurs. *Mémoires de l'Académie de Médecine*, T. XXIX, années 1869-1870.

©BIUM

caractérisant le passage de la lypémanie simple à la mégalomanie; mais chez M... (Joseph), ils n'ont fait qu'exister à l'état de germe et n'ont pris aucun développement. L'amélioration rapide qui a suivi son placement à l'asile les a arrêtés au commencement de leur évolution. Une pareille guérison sera-t-elle durable? Doit-elle donner de grandes garanties pour l'avenir? Je ne saurais beaucoup y compter; mais je dois au moins constater qu'à sa sortie de l'asile, M... (Joseph) ne donnait aucun signe de délire et était capable de s'occuper d'une manière utile.

OBSERVATION III.—Lypémanie chronique; hallucinations et délire des persécutions; fuite de la province vers Paris et Versailles, puis fuite vers le Havre et l'Amérique; placement dans un asile; amélioration.

Le nommé B... (Jean-Pierre) a été amené d'office à l'asile de Quatre-Mares, le 16 septembre 1874, par transfèrement de l'hospice du Havre, où il était depuis le 7 du même mois; il avait été placé dans cet hospice par la police de la ville, parce qu'on l'avait arrêté comme aliéné, au moment où il arrivait de Paris afin de s'embarquer pour l'Amérique.

B... a actuellement 47 ans; il est originaire du département de la Haute-Loire; son père, ses frères et sa sœur ont, ou ont eu l'intelligence saine; sa mère aurait été sujette à des périodes d'égarement intellectuel. Toute sa famille se compose de cultivateurs aisés. Il a fait quelques classes et n'a pas voulu vivre à la campagne. Il a été clerc, au Puy, dans plusieurs études de notaire ou d'avoué. Depuis 1867 il a quitté la dernière étude où il ait été employé, et sous prétexte d'approfondir l'étude du droit, pour se faire *légiste*, il a commencé à vivre dans un isolement presque complet, donnant seulement quelques consultations à des gens qui venaient de loin en loin, lui parler de leurs affaires. Il vivait renfermé dans une chambre, lisant sans cesse, ne sortant presque jamais, fuyant la société et poursuivi par certaines idées fixes.

Il croyait que tout le monde lui en voulait, cherchait à l'empêcher de se faire une position, et s'opposait à ses intentions.

En 1873, il se mit à croire qu'une jeune fille de bonne maison, qu'il avait vue à l'église, sans la connaître, sans même savoir son nom, voulait l'épouser, mais qu'on le persécutait

©BIUM

lui-même pour le faire partir au moyen de la magie et de l'électricité.

Ces renseignements, qui ont été fournis par un parent de B..., ont été confirmés par le malade lui-même; il a ajouté qu'il avait fini par se sentir si malheureux, par suite des mauvais procédés de ceux qui le persécutaient de toutes manières, et surtout en lui coupant la pensée, qu'il n'avait plus eu d'autre ressource que de quitter le pays.

Il vend donc une partie du bien dont il avait hérité de ses parents, prend quelques effets, quelques livres et une somme relativement assez considérable, et quitte le Puy au mois d'août 1874, prenant la direction de Paris, sans parti arrêté sur sa future résidence.

Il voyage à petites journées, s'arrêtant successivement à Moulins, à Nevers, à Fontainebleau; chaque fois qu'il s'arrête, c'est avec l'espoir de trouver une position; il commence néanmoins par visiter les curiosités de la ville et il constate avec plaisir qu'il est débarrassé de tout tourment; mais cette tranquillité dure peu; au bout de quelques heures, à peine, les hallucinations reprennent leur cours, B... s'aperçoit que ses ennemis sont parvenus à le rejoindre et il est obligé de partir plus loin.

Vers la fin d'août il se trouve à Paris, où il vient d'abord avec l'espoir de se perdre dans la foule et d'échapper ainsi aux poursuites; mais les persécutions recommencent, on lui coupe la pensée et la parole; il part pour Versailles.

Là, quelques journées ne se passent pas trop mal, puis tout recommence. B... alors, sentant qu'il ne peut se soustraire à ses ennemis, est pris de désespoir; il ne veut pas se tuer, mais il voudrait mourir. Son pays ne lui laisse plus même l'espoir d'une mort tranquille; il se décide à fuir en Amérique; il y fera son possible pour trouver, dans une forêt sauvage, au bord de l'Océan, quelque refuge solitaire où il passera loin de tout être humain le peu de temps qui lui reste à vivre. Il s'adresse donc à une Agence d'émigration, paye de suite son passage jusqu'à New-York et part pour le Havre.

Malheureusement, dit-il, ses ennemis sont montés dans le train avec lui, et l'obsession a continué. Il s'est aperçu, en approchant du Havre, que des jeunes gens qui étaient dans le même compartiment complotaient de lui faire un mauvais parti; il a pris les devants et leur a cherché querelle. De là un conflit qui a eu pour résultat de faire arrêter B... en arri-

©BIUM

vant au Havre, puis, son état mental étant reconnu, de le faire séquestrer.

B... met, dans le récit de ses malheurs, l'accent de la profonde conviction avec laquelle les hallucinés croient aux sensations maladives dont ils sont les jouets, et au délire de persécutions qui en est la conséquence. « Sa maladie, dit-il, a » commencé, il y a trois ans, par des vertiges et des maux de » tête; depuis cette époque, il voit des fantômes, des images » effrayantes; des personnes, même, qui le regardent avec » mépris et crachent sur lui. Il entend des voix qui, sans » interruption, lui adressent des injures; il perçoit, tout à » coup, des odeurs étranges, tantôt nauséabondes, tantôt » suaves. Mais ce qui le tourmente le plus ce sont les vapeurs, » les fluides qu'il sent tomber sur lui et qui s'emparent de » toute sa personne; on le domine malgré lui, on arrête sa » pensée, on coupe sa parole. Tout cela ne peut qu'être » l'œuvre de quelque société secrète, jésuitique ou maçonnique » qui, sans qu'il en sache le motif, s'acharne à le perdre. Par- » tout où il a été, cette société l'a fait suivre; il n'est à l'asile » que depuis quelques heures, et déjà il est découvert. »

Pendant le temps de son séjour à Quatre-Mares, B... a constamment eu la même attitude; il a refusé tout travail, est resté à peu près immobile, s'isolant au milieu de tous les malades de son quartier, le nez plongé dans un livre et ne manifestant presque rien. Malgré cette inertie apparente, et ce défaut de réaction, B... ne manque jamais, quand on l'interroge en particulier, de dire qu'il est en butte aux persécutions de tous ceux qui l'entourent; que tout le monde parle contre lui; qu'il reçoit sans cesse des vapeurs et des fluides et que tout cela est l'œuvre de la société secrète.

Il paraît aussi se complaire, mais avec une réserve pleine de modestie, dans l'idée que tout le monde ne lui est pas hostile, qu'il a été parlé de lui d'une manière favorable dans la haute société; il a rêvé, un jour, qu'une voiture à quatre chevaux l'attendait avec une belle dame, et il serait disposé à voir, dans ce rêve, un présage. Mais il craint bien que ses ennemis inconnus ne soient les plus forts.

Sa santé physique est bonne et toutes les fonctions s'accomplissent bien.

B... a été transféré le 1er mars 1875 à l'asile de son département d'origine.

Remarques. Cette observation est pour ainsi dire identique

©BIUM

à la précédente ; dans les deux cas, le malade est en proie à des hallucinations de l'ouïe et des idées de persécution. Pour y échapper, il quitte son département, et se rend, par lentes étapes, jusqu'à Paris ; le délire persiste et il va à Versailles pour être près du siége du gouvernement. Son espoir est encore déçu ; il part alors pour le Havre et l'Amérique ; mais la maladie devient manifeste pour tout le monde, il est arrêté et conduit dans un asile d'aliénés, où il reste six mois sans que sa position s'améliore. Comme le précédent, B... a eu encore quelques idées de grandeur qui n'ont pas persisté.

Observation IV.— Lypémanie chronique; hallucination et délire des persécutions; tentative de suicide; départ pour le Havre et projet d'émigration en Amérique; excès alcooliques, séquestration d'office; sortie de l'asile sans amélioration sur la demande des parents; double parricide.

N... (Pierre-Désiré), âgé de 32 ans, originaire du département de l'Yonne, est amené à l'asile de Quatre-Mares, le 23 juillet 1874, venant de l'hospice du Havre où il a fait un séjour de douze jours. Il avait été arrêté parce que, fréquemment ivre, il parcourait les rues de son quartier vomissant des injures et des obscénités, particulièrement contre les femmes, et les menaçant avec des couteaux aiguisés qu'il brandissait comme un insensé.

Tant avec les renseignements que j'ai pu recueillir de la bouche du malade, qu'avec ceux qui m'ont été fournis par les lettres de ses parents, j'ai pu reconstruire l'histoire de N... et elle ne constitue guère qu'une longue suite d'actes délirants.

Il paraît avoir eu une intelligence toujours faible ; il n'a que très-incomplétement profité des moyens d'instruction qui lui ont été fournis. Très-jeune il a été établi, par ses parents, sur une ferme, et il s'est marié. Mais, dit-il lui-même, il n'a jamais pu supporter une contrariété ; ses parents avaient des idées religieuses, sa femme les accompagnait à l'église ; cela retardait quelquefois l'heure de ses repas. Il a tout quitté, père et mère, femme et enfants, ferme et profession, et est venu à Paris.

Là, il a mené la vie la plus décousue, faisant tous les métiers, mais principalement celui de cafetier, et cherchant à

©BIUM

achalander son café en y faisant servir le public par des femmes de mauvaise vie. A ce métier, il contracta lui-même l'habitude de boire et commença à éprouver du dérangement dans les idées. En 1872, sous l'influence d'hallucinations terrifiantes, il se tira deux coups de revolver dans la région du cœur. Il fut porté à l'hôpital Necker, d'où il ne tarda pas à sortir guéri de ses blessures. Ses parents le firent revenir dans leur village; mais il continua à boire, donna de nouveaux signes de folie et fut placé comme pensionnaire à l'asile d'Auxerre. A peine y était-il qu'il se plaignit amèrement, et les parents eurent la faiblesse de le faire sortir de cet établissement, sans que son état fût en quoi que ce soit amélioré.

N... raconte qu'à partir de cette époque sa haine contre sa famille et contre toutes les femmes en général, fut portée à son comble. Il résolut de rompre à jamais avec les siens. Dans ce but, il réunit une somme d'environ 3,000 fr., et part sans dire adieu à sa femme. A Paris, il s'adresse à une agence d'émigration, paye son passage jusqu'à New-York et est envoyé au Havre d'où le prochain paquebot doit l'emporter en Amérique. Son projet, dit-il, était de fuir tout endroit habité, et d'aller s'établir dans quelque forêt sauvage pour y tuer des bêtes fauves, aussi s'était-il muni d'un fusil et d'autres armes. Si tel était réellement son projet, l'exécution fut loin d'y répondre. Une fois au Havre, il se remet à boire, laisse partir sans lui le paquebot sur lequel son passage était payé, s'installe seul dans une chambrette, y boit du matin au soir, et s'énivre journellement sans jamais causer avec personne. Cette existence dure près de six mois, au bout desquels N... donne des signes de folie tellement dangereux pour le voisinage, qu'il est arrêté comme il a été dit plus haut. Il avait encore plus de 1,500 fr.

Au moment de son entrée à l'asile, N... paraît dans un état complet d'abrutissement, troublé par des hallucinations persistantes. Il se croit tourmenté, surtout par les femmes; il parle toujours avec un cynisme répugnant, ne manifeste de sentiments d'affection pour personne, reste constamment inerte, ne demandant rien, ne voulant s'occuper à rien, ne manifestant des idées délirantes que lorsqu'il est pressé de questions.

Cependant, la famille de N..., qui avait tant souffert de ses écarts, et qui aurait dû être instruite par le passé, s'empresse de le réclamer. Malgré plusieurs lettres où je lui explique combien son fils est malade, le père de N... tient absolument à le faire revenir près de lui; il implore le préfet de son départe-

©BIUM

ment, me dépêche son notaire, fait démarche sur démarche et ayant obtenu que son fils lui soit rendu, l'envoie chercher par un brigadier de gendarmerie, son ami.

N... quitte l'asile de Quatre-Mares, le 16 août 1874, sans aucune amélioration dans son état mental.

L'épilogue de cette triste histoire ne devait pas se faire attendre longtemps; il fut terrible. Voici comment il m'a été raconté par une lettre du notaire qui était venu le voir à l'asile.

Ses parents continuèrent d'être à son égard d'une faiblesse incroyable. Dans le courant de décembre 1874, il parut être sous le coup d'une recrudescence de sa folie. Il avait à plusieurs reprises menacé sa mère de la tuer, mais cette pauvre femme ne pouvait croire à un pareil attentat. Elle s'enfermait cependant, pendant la nuit, par suite de ces menaces.

Le lundi 28 décembre, à 8 heures du matin, au moment où la mère N... sortie un instant de la maison, y rentrait, son fils se précipita sur elle. Il lui asséna sur la tête un coup de hache, et lorsqu'il l'eut terrassée, il la frappa à coups redoublés; à ses cris, le père N... qui était encore au lit, accourut à son secours. Son fils tourna alors sa rage contre lui et l'abattit avec le même instrument. Trouvant que la mort n'arrivait pas assez vite, et pour ne pas les faire souffrir, a-t-il dit, il prit un couperet et taillada les malheureuses victimes.

Aussitôt après, N... se rendit chez le maire de la commune, afin de déclarer qu'il venait de tuer son père et sa mère, disant que lorsqu'on a commis un assassinat, il faut toujours en faire la déclaration.

La décision de la justice à l'égard de N... ne pouvait pas être douteuse; il fut considéré comme un aliéné irresponsable, et comme tel, séquestré d'office à l'asile d'Auxerre.

Remarques. Les symptômes sont toujours les mêmes; lypémanie chronique, hallucinations, délire de persécutions. Pour se soustraire à ces tourments le malade réunit le plus clair de son avoir, et quitte son pays avec l'idée de se rendre à Paris, puis de là au Havre, et de passer ensuite en Amérique. Mais, il s'arrête au Havre, et, par une exception unique, parmi tous les malades dont je rapporte ici l'histoire, il se livre sans frein aux excès alcooliques; ce n'est qu'au bout de plusieurs mois qu'il est arrêté, reconnu aliéné

©BIUM

et envoyé d'office à l'asile. Bientôt après, quoique toujours aussi malade, N... quitte l'asile, rappelé par ses parents. Mais son délire persiste, et un matin, il assassine son père et sa mère sous prétexte qu'ils font partie d'une société secrète qui le persécute.

Observation V. — Chagrins domestiques; lypémanie; prédominance d'hallucinations de l'ouïe, voyages lointains pour échapper aux hallucinations; pérégrinations en Suisse et en Allemagne pendant la guerre; passage à l'état chronique.

M. X... appartient à une famille riche; il a reçu une bonne éducation et n'a jamais eu de profession. Marié de bonne heure, il est devenu promptement veuf; ce malheur a exercé sur son esprit une influence très-profonde et l'a accablé de tristesse. Ses parents ont pensé qu'un voyage lointain ferait diversion à son chagrin et lui ménagèrent l'occasion de visiter l'Orient, en compagnie de deux autres personnes de leur connaissance. L'accord ne régna pas longtemps entre les trois voyageurs; au bout de quelque temps, M. X... se sépara des deux autres, prétendant qu'ils avaient mal agi à son égard. Dès cette époque, il éprouvait des hallucinations de l'ouïe qui le tourmentaient beaucoup. Il voulut continuer seul son voyage d'exploration; mais à peine était-il arrivé dans une ville qu'il la quittait pour échapper au *carillon* qui le poursuivait partout. Il visita ainsi, moitié en touriste, moitié en fugitif, l'Asie-Mineure, la Syrie, l'Egypte, la Grèce, l'Italie, regagnant l'Europe avec le désir de rentrer le plus vite possible dans sa famille. Mais arrivé à Venise, son état maladif était porté à un tel point qu'il ne put aller plus loin. Ses parents durent venir le rechercher et le ramenèrent chez eux, très-gravement malade. Depuis cette époque, M. X... n'a cessé d'être halluciné et de se croire persécuté. Il accusait toujours le carillon et cherchait à s'y soustraire par la fuite.

En 1870, il quitte de nouveau sa famille, toujours pour se soustraire aux hallucinations qui ne lui laissent pas de trêve, et il se rend en Suisse. C'était le moment où la guerre éclatait. M. X... paraît n'avoir rien compris aux événements qui se passaient, car au bout de quelque temps, il se rend en Allemagne. Il ne tarde pas à y être arrêté et soupçonné d'être un espion. On dut cependant le reconnaître pour un aliéné, car à la paix il fut purement et simplement reconduit à la fron-

©BIUM

tière belge et laissé libre. Sa famille finit par le retrouver à Bruxelles et le ramena chez elle, après que, pendant plusieurs mois, il eut éprouvé bien des privations et bien des mauvais traitements.

Depuis 1870, les hallucinations n'ont fait qu'augmenter; les facultés intellectuelles se sont affaiblies, et M. X... est aujourd'hui dans un état voisin de la démence.

Observation VI.—Délire général; hallucinations; voyage en Amérique; retour en France; départ pour le Havre et l'Angleterre; rapatriement; séquestration dans un asile; aucune amélioration.

Le nommé J... (Louis-Joseph), âgé de 23 ans, originaire des Basses-Alpes, entre à l'asile de Quatre-Mares, le 16 juillet 1873, venant de l'hospice du Havre.

Il est dans un tel état de trouble intellectuel qu'il est impossible de tirer de lui aucune réponse lucide. Nous n'avons eu sur son compte que très-peu de renseignements; nous savons cependant qu'il a quitté son pays, qu'il a voyagé au Mexique où il a appris l'espagnol, qu'il est revenu en France où il n'a pu rester, et qu'il a pris au Havre le bateau de Southampton. C'est dans cette ville qu'il a été reconnu aliéné; il a été trouvé errant dans les rues, en état de nudité complète; conduit au work-house, il y manifeste un délire très-violent. On le rembarque pour le rapatrier et pendant la traversée, il a plusieurs accès de fureur. Au moment du débarquement, son délire augmente, il se déshabille, se débat contre ceux qui veulent s'emparer de lui, et ce n'est qu'après une vive résistance qu'on peut le conduire à l'hospice. Pendant son séjour dans cet établissement, il est violent, cherche presque continuellement à se déshabiller et maltraite plus d'une fois les infirmiers.

A Quatre-Mares, J... s'est montré constamment agité, incohérent, incapable de faire une réponse sensée aux questions qu'on lui adresse; il parle seul et fait des gestes qui indiquent qu'il est halluciné. Il lui arrive souvent de se déshabiller, de déchirer ses vêtements; d'autres jours, il reste dans la stupeur, laissant couler la salive de sa bouche.

Au bout de cinq mois de séjour à l'asile de Quatre-Mares, il ne s'est manifesté aucune amélioration dans l'état de J..., et sa maladie paraît avoir revêtu un caractère complétement chronique. Il est transféré le 13 décembre à l'asile de son département.

©BIUM

OBSERVATION VII.—Lypémanie chronique; hallucinations multiples et délire des persécutions; pérégrinations en Allemagne, en Pologne, en Angleterre, en France; séquestration dans un asile; aucune amélioration au bout de six ans.

Le nommé Christian W..., âgé de 44 ans, originaire de Prusse, entre à l'asile de Quatre-Mares, le 14 août 1867, venant de la maison d'arrêt de Rouen, où il a été écroué pour vagabondage et mendicité.

W... est atteint d'hallucinations de différents sens et d'idées de persécutions très-accusées; il craint le poison, même dans l'air, et met sa casquette sur son visage de peur que le poison ne pénètre par la bouche ou par les yeux; il se croit poursuivi par des ennemis, à la tête desquels se trouve son frère; partout ils sont là pour l'empêcher de trouver à gagner sa vie, en exerçant son métier de tailleur. Pour échapper à leurs persécutions, il a vainement parcouru l'Allemagne, la Pologne, l'Angleterre. De ce dernier pays, il est venu en France, mais sans y être plus tranquille. C'est là qu'il a été reconnu aliéné et séquestré.

W... est resté à l'asile pendant six ans et n'a jamais cessé de présenter le tableau de la lypémanie hallucinatoire avec idées de persécutions; dans les derniers temps, son état passait à la démence. Il était souvent violent et exigeait une surveillance attentive. Il ne travaillait pas. Au mois de novembre 1873 il a été transféré à la frontière prussienne et remis aux autorités allemandes.

Remarques relatives aux observations V, VI *et* VII. Ces trois observations sont beaucoup moins détaillées que les quatre précédentes, parce qu'elles se rapportent à des aliénés chroniques que je n'ai observés qu'à une période éloignée du début de leur affection mentale, et que je n'ai pu me procurer des renseignements précis et minutieux sur leurs actes et les motifs de ces actes. Mais les grands traits de la maladie peuvent encore être déterminés, et ils offrent une ressemblance frappante avec ceux qui ont été précédemment étudiés. Dans les trois cas, hallucinations anciennes et invétérées, délire lypémaniaque chronique, idées de persécutions. Dans ces trois cas aussi, voyages lointains, péré-

©BIUM

grinations prolongées, inspirées par le désir de se soustraire aux persécutions dont les malades se croient victimes. Ce n'est qu'après plusieurs années de folie, que ces trois malades ont fini par être placés dans des asiles ; aussi leurs voyages ont-ils pu être très-étendus ; l'un a parcouru l'Orient, l'Italie, la Suisse et a été se faire arrêter en Allemagne, précisément au moment où la guerre de 1870 devait interdire ce séjour à tous les Français ; le second a vécu longtemps en Amérique et au Mexique et, à peine rentré chez lui, est reparti pour l'Angleterre ; le dernier a mené une existence nomade à travers l'Allemagne, la Pologne, l'Angleterre et a fini par se faire prendre en France ; tous prétendaient fuir la prétendue persécution dont ils portaient la cause en eux-mêmes, et qui, par conséquent, les accompagnait partout. Du moins, cet enchaînement des symptômes a été évident chez les sujets des observations V et VII, et l'analogie le rend à peu près certain chez celui de l'observation VI.

Observation VIII.— Lypémanie avec idées de grandeurs commençantes; tentative de suicide; départ pour le Havre où le malade croit qu'on lui rendra justice; réapparition du délire; séquestration.

Le 9 octobre 1873, un jeune homme d'une tenue décente, d'une mise modeste mais propre, se présente, dans la matinée, à l'asile de Quatre-Mares, insiste pour me parler sans témoin, et une fois introduit dans mon cabinet me déclare qu'il est venu me supplier de lui délivrer un certificat attestant qu'il n'est pas fou.

Une pareille demande ne pouvait que m'inspirer les plus grands doutes sur l'intégrité de la raison de celui qui la formait ; l'aspect inquiet de sa physionomie, son teint altéré, ses regards mobiles confirmaient mes présomptions à cet égard ; je dirigeai mes questions en conséquence et voici ce que j'appris.

R... a aujourd'hui 27 ans ; jusqu'au mois d'août 1870, il a travaillé comme ouvrier fleuriste ; à cette époque, il a été atteint d'aliénation mentale et est entré à Bicêtre ; il prétend que cette maladie était due aux émanations de sulfure de carbone que son métier l'obligeait à respirer pendant plusieurs heures chaque jour. Pendant la durée de la guerre, il a été

©BIUM

transféré à l'asile de Saint-Lizier (Ariége), puis a été réintégré à Bicêtre le 20 septembre 1872, dans le service de M. le Dr Berthier; comme il allait beaucoup mieux, il finit par obtenir sa sortie le 5 mai 1873.

Il se remit alors à fabriquer des fleurs artificielles ; mais, au lieu de suivre le chemin battu, il eut la prétention de se distinguer en inventant des modèles nouveaux ; il se figura qu'il pouvait attribuer à ses élucubrations la valeur d'une découverte importante, mais elles ne paraissent pas avoir obtenu tout le succès auquel il s'attendait. Il voulut prendre des brevets d'invention pour ses prétendues découvertes ; il s'adressa au conseil des prud'hommes pour faire proclamer son mérite et ne réussit qu'à fatiguer les gens et à se faire rebuter. Tant d'échecs amenèrent une rechute de sa folie mélancolique. B... se croit victime d'un système de persécutions organisé par des ennemis auxquels sa supériorité porte ombrage; il désespère de triompher de tant d'obstacles et s'abandonnant au désespoir, il avale une assez grande quantité de poudre de cantharides raclée par lui à la surface d'un emplâtre vésicant. A la suite de cette tentative de suicide, R..., très-gravement malade, est porté à l'hôpital de la Charité et y passe six semaines. A la sortie de cet hôpital, il va demeurer chez son frère et reprend ses occupations; mais malheureusement ses prétentions au génie d'inventeur sont restées les mêmes; il imagine un dahlia cornet qu'il considère comme un chef-d'œuvre et une monture qui complète une merveille; il éprouve les mêmes difficultés à faire rendre justice à son mérite ; il se croit l'objet de mauvais traitements, et prend le parti de mettre son salut dans la fuite; il part précipitamment, et sans prévenir, pour le Havre, où il espère trouver des juges plus disposés à rendre justice à la valeur de ses inventions. Là, nouvelles démarches et nouveaux déboires; là, aussi, nouvelle rechute de sa folie, car à la mairie on finit par le menacer, s'il ne cesse ses démarches fatigantes, de le faire placer dans un asile d'aliénés.

Tout troublé et ne sachant plus ce qu'il fait, R... est rencontré par un chevalier d'industrie qui lui propose de le reconduire à Paris, le dévalise de son argent et de sa montre, et l'abandonne dans les rues de Rouen. Réduit à solliciter les secours de la police, mais craignant qu'on ne lui imputât encore d'être fou, R... imagine de se munir d'un certificat établissant l'intégrité de sa raison et vient me prier de le lui délivrer.

©BIUM

Loin de lui donner l'attestation qu'il sollicite, j'adressai à la préfecture un rapport constatant l'état de folie de ce malheureux et il fut retenu d'office à l'asile de Quatre-Mares, d'où, au bout de quelques semaines, il fut transféré à l'asile d'Evreux.

Pendant son court séjour à Quatre-Mares, R... ne cessa de se montrer calme et ses inquiétudes maladives se calmèrent; loin de se plaindre de sa séquestration, il parut reconnaître qu'il était incapable de vivre libre et seul, sans retomber dans la lypémanie, et qu'il avait besoin, pour se maintenir à peu près raisonnable, du séjour tutélaire d'un asile.

Remarques. On sait que, parmi les lypémaniaques hallucinés, il en est un certain nombre chez lesquels des idées de grandeurs s'ajoutent aux idées de tristesse et de persécutions. Cette forme de délire partiel a été désignée sous le nom de mégalomanie. Les malades affectés de ce genre de délire se figurent qu'ils ont un mérite supérieur, qu'ils sont appelés à une destinée brillante, qu'ils devraient posséder des richesses considérables dont ils sont injustement privés ; le plus souvent, ils vont jusqu'à s'attribuer une naissance illustre et inventent un roman plus ou moins invraisemblable pour expliquer comment ils occupent un rang obscur ou modeste, au lieu d'être sur le trône, ou tout au moins sur ses marches.

Les nuances de la transition du délire lypémaniaque au délire des grandeurs sont nombreuses et graduées ; l'observation VIII en présente un exemple des plus modestes. R... n'a encore d'autre prétention que d'être un fleuriste éminent, et de créer dans cette industrie des nouveautés hors ligne. Mais ses contemporains ne lui rendent pas justice; par jalousie pour son talent, on refuse de le reconnaître. — Il s'adresse à ceux qui devraient protéger ses inventions, au conseil des prud'hommes ; ceux-ci le repoussent et refusent de lui faire accorder les brevets qu'il désire. Son abattement va jusqu'à lui faire commettre une tentative de suicide. A peine guéri, il se figure qu'ailleurs il sera plus heureux et il se rend au Havre où il espère faire recon-

©BIUM

naître son mérite et obtenir la faveur qui lui est due ; mais il n'y éprouve que de nouvelles déceptions, et bientôt après il se trouve séquestré dans un asile d'aliénés, pour la seconde fois, car il a déjà fait un séjour de trois ans dans un établissement de ce genre.

OBSERVATION IX. — Lypémanie ancienne avec idées de grandeurs; départ pour le Havre et l'Angleterre où le malade prétend trouver des titres de propriétés imaginaires; actes extravagants; séquestration.

Le nommé D... (Jean-Baptiste), menuisier, âgé de 48 ans, né à Lyon, est amené d'office à l'asile de Quatre-Mares, le 5 octobre 1874, venant de l'hospice du Havre.

Nous n'avons pu avoir de renseignements sur la famille de D..., mais nous savons qu'il a été séquestré pendant une dizaine d'années à l'hospice de l'Antiquaille. Il y était généralement difficile et parfois violent; il parlait fréquemment de ses relations avec de grandes familles d'Angleterre. En 1872 il s'est évadé.

Nous ne savons ce qu'il est devenu à la suite de son évasion; il paraît seulement, qu'au mois d'août 1874, il quittait Saint-Etienne, où était son dernier domicile, et se dirigeait vers la ville du Havre. Là, tout en travaillant comme menuisier dans une commune de la banlieue, il se fit remarquer par ses allures étranges. Il parcourait la ville sans but apparent, prononçait des paroles incohérentes, poussait parfois des cris. En outre, il assiégeait les bureaux de la mairie, insultant d'une manière grossière les employés qui ne voulaient pas écouter ses réclamations. A la suite d'une scène de violence de ce genre, il fut arrêté et soumis à un examen médical. M. le Dr Lecadre reconnut en D... un aliéné qui, par suite d'hallucinations, se livrait à des actes bizarres, et chez lequel prédominaient des idées de richesse et de grandeur.

Au moment de son admission, D... est calme, et il parle volontiers pour répondre à nos questions. Mais ses réponses consistent en divagations parfois incohérentes, toujours obscures, pleines de réticences, et dans lesquelles abondent les expressions bizarres et détournées de leur sens habituel. Malgré cela, nous finissons par le comprendre assez bien pour reconstruire à peu près son histoire.

Nous apprenons ainsi qu'il est depuis bien longtemps affecté d'hallucinations chroniques, avec prédominance d'idées

©BIUM

de persécutions et de richesses. Il prétend être poëte hors ligne et avoir composé plusieurs ouvrages de littérature d'un grand mérite ; il voudrait pouvoir les faire imprimer. Ce n'est pourtant pas là ce qui le tourmente le plus. Il a appris, il y a déjà plusieurs années, sans aucun doute par des voix imaginaires, qu'il était le propriétaire légitime, par droit de famille, d'un domaine excessivement grand et beau ; il a cru, pendant longtemps, qu'on allait lui remettre ses titres de propriété ; mais la chose se faisant trop attendre, il a compris que ses titres étaient en Angleterre et que pour entrer en possession de ses biens, il devait porter ses réclamations soit à Londres, soit à Southampton. Il résolut de partir pour l'Angleterre ; mais comme il avait peu d'argent, il voyageait lentement, travaillant quelques jours, là où il trouvait de l'ouvrage, et se dirigeant vers la ville du Havre où il comptait bien trouver quelque occasion de traverser la Manche. On vient de voir qu'il fut arrêté, reconnu aliéné et séquestré avant d'avoir réalisé cette partie de son programme.

A l'asile, il est calme, travaille à la menuiserie et conserve ses conceptions délirantes. Il demande toujours ses effets pour passer en Angleterre et réclame par écrit, au prévôt de la police de Londres, les titres de propriété qui lui appartiennent.

Observation X.— Hallucinations; idées de grandeurs; le malade se croit le fils de Napoléon III; pour se faire reconnaître il se rend d'abord en Angleterre, puis en Allemagne; il veut ensuite aller en Italie; séquestration d'office; après dix-huit mois, amélioration très-notable; sortie de l'Asile; voyage en Suisse et au château d'Arenenberg; réintégration.

Le nommé F..., âgé de 37 ans, ancien commerçant, entre d'office à l'asile de Quatre-Mares, le 12 février 1873, venant de l'hospice d'Epinal où il vient de faire un séjour de plusieurs mois. Il est robuste ; nous n'avons pas appris qu'il y ait eu, dans sa famille, de fâcheuses prédispositions héréditaires.

F... est marié ; il a trois enfants et a fait assez longtemps, avec son père, le commerce des draps. Mais leurs affaires ont été mauvaises, et probablement peu honnêtes, car F... a été condamné pour banqueroute à 15 mois de prison. Nous ignorons si ce résultat doit être attribué à l'inconduite, ou à quelque commencement d'influence maladive ; mais nous savons que F... était sobre.

Après sa sortie de prison, il alla vivre au Havre, avec son père, d'une façon très-modeste. En décembre 1870, F... perd

©BIUM

son père, et à partir de cette époque, sa conduite change complétement; il va s'installer à l'hôtel Frascati, y fait des dépenses considérables, dissipe ses ressources, épuise l'hospitalité de quelques parents et finit par subir au Havre une nouvelle condamnation à six mois de prison pour vagabondage.

C'est après sa seconde libération que commencent ses voyages. Depuis longtemps il remarquait que, dans les rues du Havre, tout le monde le regardait; d'abord il ne savait pas pourquoi, puis il a compris qu'on le *reconnaissait*. Pour qui le reconnaissait-on? Pour quelque grand personnage assurément, car des voix lui disaient qu'il pourrait bien être Dieu, le Pape, le Christ, ou encore le comte de Chambord. Puis toutes ces hypothèses sont remplacées par une conviction nouvelle et absolue; les voix lui ont affirmé qu'il est le fils de Napoléon III, et qu'on le reconnaît pour Napoléon IV. Telle est la conclusion à laquelle ses illusions et ses hallucinations l'ont invinciblement amené. Mais il comprend que la France républicaine ne le laissera pas monter sur le trône; aussi, quoique n'ayant que bien peu de ressources, il part pour l'étranger. Il passse la Manche, débarque en Angleterre et se rend de suite à la grille de Chislehurst. Pendant plusieurs jours, il sollicite son admission auprès de son père, le vieil empereur. Tous les serviteurs auxquels il s'adresse, lui font comprendre, par signes, qu'on le reconnaît bien; mais on ne peut l'introduire, il ne serait pas en sûreté; on lui donne quelques secours en l'exhortant à la prudence. Il va alors à Londres, y passe plusieurs semaines, recevant des secours de divers partis, et renouvelle sans plus de succès ses tentatives pour voir Napoléon III. Il comprend, alors, qu'il a beau être fils de cet ex-souverain, il ne peut espérer occuper son rang, s'il n'est reconnu et protégé par l'empereur d'Allemagne; il est donc essentiel qu'il aille à Berlin. Il n'a ni papiers, ni argent, mais cela ne l'arrête pas; il repasse la mer et débarque à Calais. On était alors dans l'été de 1872. Il s'engage comme journalier dans une ferme du département du Nord pour faire la moisson et y amasse quelque argent; puis il passe en Belgique, traverse à pied ce pays, tantôt mendiant, tantôt travaillant; il parcourt de même, sans savoir un mot d'allemand, les provinces rhénanes, séjourne quelque temps à Francfort-sur-le-Mein, et de cette ville, se dirige vers Berlin, plein de confiance dans son prochain triomphe. Au bout de deux jours de marche, il est arrêté, reconnu aliéné et reconduit par les autorités

©BIUM

allemandes, à la frontière française, vers Pont-à-Mousson. Cet échec, loin de le rebuter, est pour lui un trait de lumière ; il comprend qu'au lieu d'aller à Berlin, c'est à Rome qu'il doit se rendre, pour être reconnu et sacré par le Pape et Victor-Emmanuel réunis. Immédiatement, sans aucune ressource, il part vers le Sud ; mais cette fois, il ne devait pas aller bien loin ; il est arrêté dans le département des Vosges, placé à l'hospice d'Epinal comme aliéné, et transféré à Quatre-Mares, asile de son département d'origine.

Au moment de son admission, F... fait le récit de ses nombreuses pérégrinations, raconte les hallucinations de l'ouïe qu'il n'a cessé d'éprouver et ne fait aucune difficulté d'avouer qu'il se considère comme appelé à occuper le rang suprême et à régénérer le monde.

Dès les jours suivants, sa tenue à l'asile est très-bonne ; il demande à s'occuper, est admis comme auxiliaire dans les bureaux de l'économat, et s'y acquitte régulièrement du travail journalier qui lui est confié, sans rien laisser percer de ses aspirations élevées, ni de sa prétendue naissance.

Un an se passe de la sorte, sans que F... manifeste aucun délire. Au bout de ce temps, il demande à sortir de l'asile, et dit que sentant bien qu'il aura de la peine à se placer honorablement en France, il désire se rendre en Suisse. Plusieurs mois se passent encore ; F... revient de temps à autre sur son désir d'aller en Suisse, en parle aux magistrats qui viennent visiter l'asile ; on l'interroge à plusieurs reprises, on l'examine avec soin ; il ne paraît éprouver aucune hallucination, ne manifeste aucun délire actuel et affirme que son seul but et son seul espoir, en demandant à aller en Suisse, est d'y trouver des moyens d'existence qui lui manqueraient dans son pays.

Il finit par quitter l'asile, le 30 juillet 1874, muni d'une certaine somme d'argent pour faire son voyage.

Dans le courant de septembre, F... est de retour à Rouen et vient nous voir ; il n'a plus un sou, n'a pu trouver d'occupation et est réduit à la mendicité. Le mois suivant, sa position est encore plus précaire, et il vient solliciter notre pitié, nous priant de lui fournir les moyens de faire un nouveau voyage à l'étranger.

Il raconte qu'en quittant la France, il y a deux mois et en se rendant en Suisse, son but réel était d'aller se faire reconnaître par l'impératrice Eugénie, alors au château d'Arenenberg, comme le fils de Napoléon III. Il avait bien pu dissimuler ce

©BIUM

désir et affecter d'avoir oublié toutes ses hautes prétentions; mais au fond, ses idées n'ont jamais changé ; il est trop certain de ses droits pour jamais les abandonner.

Il a effectivement accompli son projet; il s'est rendu au château d'Arenenberg, y a obtenu une aumône et un repas, mais il n'a pu pénétrer jusqu'à l'Impératrice. Ses démarches se sont renouvelées à plusieurs reprises, puis la police suisse, prévenue sans doute, l'a arrêté et l'a reconduit jusqu'à la frontière française. Il n'avait plus rien et a dû revenir de Pontarlier à Rouen, mendiant son pain sur sa route. Ces épreuves sont loin de décourager F... Il est soutenu par les voix qu'il a recommencé à entendre depuis qu'il a quitté l'asile, et qui lui annoncent qu'il sera bientôt reconnu comme *Napoléon — Docteur — Dieu*. Elles le poussent à entreprendre de nouvelles pérégrinations pour obtenir le rang qui lui appartient.

Après ces révélations, la réintégration de F... à l'asile, comme malade, était inévitable.

Depuis qu'il y est rentré, il est redevenu calme et docile, a repris son travail dans les bureaux de l'économat, et ne parle pas de ses idées délirantes.

Remarques sur les observations IX *et* X. Dans ces deux observations, la mégalomanie est beaucoup plus accusée que dans les précédentes. L'un des malades, simple ouvrier menuisier, se croit appelé par sa naissance à posséder des propriétés très-importantes ; l'autre, négociant ruiné, croit être fils de Napoléon III et être appelé à remplacer son père sur le trône. Tous deux ont le chagrin de voir qu'ils n'ont aucune chance de faire admettre leurs prétentions dans leur pays; tous deux espèrent avoir plus de succès ailleurs et ils n'hésitent pas à passer à l'étranger. Le premier voudrait seulement arriver à Londres ou à Southampton, car il ne manquerait pas d'y trouver ses titres de propriété; il entreprend ce voyage, gagnant sa vie sur sa route, en faisant quelques travaux de menuiserie; mais il ne peut pas aller plus loin que le Havre, et là il est reconnu pour aliéné et envoyé dans un asile. L'autre, pour faire reconnaître sa filiation et son titre, commence par aller se heurter aux grilles de Chisle-

©BIUM

hurst; repoussé avec perte, il entreprend le voyage de Berlin, puis le pèlerinage de Rome. Sur son chemin il est reconnu aliéné et séquestré. A l'asile, sa tenue est parfaite; il travaille très-régulièrement, proteste qu'il a renoncé à toutes ses prétentions et finit par obtenir sa sortie; mais il use immédiatement de sa liberté pour aller en Suisse, frapper au château d'Arenenberg où il sait que se trouvent l'Impératrice et le prince Impérial. Réintégré dans l'asile, au bout de quelque temps, il déclare qu'il pourra bien ne pas parler de sa naissance, mais que ses convictions intimes à cet égard sont inébranlables, les voix lui ayant tout récemment décerné le titre de Napoléon-Docteur-Dieu.

Je viens de faire connaître dix observations d'aliénés voyageurs que j'ai toutes recueillies à l'asile de Quatre-Mares dans l'espace de deux années; je pourrais y ajouter celle d'un ex-instituteur qui se considère comme un prophète destiné à réformer le monde et qui a parcouru presque toute l'Amérique pour faire accepter sa doctrine, et celle d'un jardinier, né dans le département de l'Ardèche, qui a passé une partie de sa vie à voyager en Amérique, où il prétend que Don Pedro II l'a adopté et lui a donné une portion de ses États; mais je me contente de montrer, par cette seule indication, que ces deux malades, actuellement déments et toujours hallucinés, semblent appartenir bien légalement au groupe des mégalomanes migrateurs, sans prétendre reconstituer des observations auxquelles trop d'éléments manqueraient pour qu'elles fussent à peu près complètes.

D'après cette fréquence relative d'observations recueillies en si peu de temps, dans ma pratique personnelle, il paraît bien vraisemblable que beaucoup de cas semblables ont du être observés par d'autres médecins, dans d'autres asiles; cependant je n'en ai trouvé, dans les livres que j'ai consultés, que très-peu d'exemples. Je ne parle pas, bien entendu, de sujets qui font des voyages et qui sont aliénés,

©BIUM

sans qu'il y ait, entre les deux faits, autre chose qu'une simple coïncidence, ni des aliénés que l'on fait voyager comme moyen de traitement ou de simple distraction; je ne tiens compte en ce moment que des aliénés, et particulièrement des hallucinés, chez lesquels les grands voyages font partie des actes délirants, et constituent une des conséquences morbides du délire, un des symptômes de la folie.

Quelques cas, cependant, ont été rapportés par M. Legrand du Saulle dans son *Traité sur le délire des persécutions*, à propos de l'influence favorable que les changements de lieux peuvent exercer, au moins d'une manière passagère, sur les hallucinations. Mais la plupart de ces cas s'éloignent des miens au point de vue pathogénique. Tel est, par exemple, celui de cet officier de marine, observé par l'auteur, qui a toujours des hallucinations à terre, qui n'en éprouve jamais en mer, et qui, à cause de cela, demande à naviguer le plus souvent possible (obs. V, p. 25). Tel est aussi celui de l'élève de l'école des mines qui en France, entend des voix imaginaires, et qui va en Angleterre et en Allemagne, parce que ne comprenant rien à la langue de ces pays, il se trouve débarrassé de ses voix. Ce sont là de véritables voyages thérapeutiques et non délirants.

D'autres cas, rapportés par M. Legrand du Saulle rentrent mieux dans notre cadre; il y en a d'abord un cité par M. Delasiauve, devant la Société médico-psychologique; il s'agit d'un malade halluciné qui est allé à Londres et en Amérique pour échapper à ses ennemis imaginaires, qui à deux ou trois reprises s'est réfugié à bord de bateaux en partance, et n'y a dévoilé sa présence qu'après avoir fait quelques lieues en mer. Ce stratagème lui réussit d'abord; il n'eut qu'à s'applaudir de la conduite du capitaine et des passagers, et il resta tranquille au début de la traversée; mais, plus tard, la conduite du capitaine et des passagers lui devint suspecte, et les hallucinations se manifestèrent de nouveau (obs. IV, p. 24).

©BIUM

M. Legrand du Saulle a interrogé lui-même, en 1868, au dépôt de la Préfecture de police, un halluciné migrateur dont l'observation est tout à fait semblable à celles que j'ai recueillies; je la reproduis ici avec quelques abréviations :

Observation XI.— Délire de persécutions; hallucinations de l'ouïe; changements de domicile; exil volontaire; voyages lointains; idées de suicide.

B..., ancien professeur de collége, démissionnaire après bien des conflits avec tous ceux auxquels il a affaire, vient se réfugier à Paris, pour suivre les cours publics; dans la capitale, tourmenté par des persécutions incessantes; et sans cesse halluciné, il déménage tous les quinze jours et fatigue les commissaires de police de ses plaintes. Un sergent de ville, auquel il avait dénoncé un individu, lui conseille de quitter la France, et il part pour l'Angleterre. Il ne put rester longtemps à Londres, « parce qu'il y a trop de gens qui savent le français ». Il trouve deux emplois en province, mais peu à peu, il apprend l'anglais et commence à être injurié en anglais. Il quitte alors l'Angleterre, et se livre à des pérégrinations incessantes. A Lisbonne seulement, il retrouve un peu de tranquillité en vivant à l'écart et en évitant d'apprendre la langue du pays. Après de nouvelles tribulations, il s'embarqua sur un bâtiment marchand, parcourut les contrées les plus lointaines et fut insulté dans toutes les langues. « Les agents » électriques, les télégraphes sous-marins et les chimies » vaporisées allaient leur train et le trouvaient toujours au » gîte. »

Désespéré, complétement ruiné, tourmenté par des idées de suicide, et dans un état de maigreur squelettique, B... fut arrêté à Paris et conduit au dépôt des aliénés.

Observation XII.— A la suite d'une condamnation, illusions de l'ouïe et délire de persécutions attribués aux prêtres; voyages inutiles pour se soustraire à ces persécutions; retour à Paris; trois coups de revolver tirés dans l'église de Montmartre contre le curé.

La nommée C... a été l'objet d'une expertise médico-légale, confiée à MM. Blanche et Motet qui ont bien voulu me donner communication de leur rapport; son observation a été aussi

©BIUM

publiée par M. Legrand du Saulle (*Délire des persécutions*, p. 213). J'extrais de ces deux documents les renseignements suivants :

C..., âgée de 55 ans, née en Belgique, est venue de bonne heure à Paris ; elle y a subi une condamnation pour vol et est restée cinq ans en prison. A sa sortie, elle a voulu faire tout ce qui dépendait d'elle pour racheter son passé à force de régularité dans sa vie, d'honnêteté, d'assiduité au travail et de piété ; elle tenait surtout à laisser ignorer ses antécédents. Mais elle ne tarda pas à croire que tous ses efforts de discrétion étaient déjoués par des révélations sans cesse commises contre elle ; tout pour elle devint illusion de l'ouïe ; elle croyait sans cesse que ceux qu'elle voyait parler s'occupaient d'elle, la dénonçaient ; elle était un peu sourde et cette circonstance ne faisait que la rendre plus ingénieuse à deviner, sur les lèvres, les propos dirigés contre elle.

Elle était très-pieuse et fréquentait beaucoup l'église de Montmartre, sa paroisse ; elle ne tarda pas à reconnaître que c'était le clergé qui était à la tête du complot de divulgation tramé contre elle. Le curé de Montmartre, surtout, était son ennemi acharné. Il l'injuriait dans l'église, la faisait dénoncer en chaire par les prédicateurs, la tournait en ridicule, et transformait tous les prêtres, toutes les religieuses, tous les frères en espions de sa personne. Elle lui écrivit plusieurs lettres de plaintes, mais rien ne changea.

En 1870, elle se décida à quitter Paris, surtout dans le but d'échapper à ses persécutions. On la voit dans les ambulances à Reichshoffen ; puis elle se réfugie en Savoie, veut se fixer à Lyon, arrive enfin à Marseille. Partout elle est victime des mêmes illusions, partout elle croit être poursuivie par les mêmes ennemis ; partout l'animosité des prêtres, des frères, des sœurs, lui rend l'existence impossible et l'empêche de gagner sa vie.

A Marseille, elle a essayé de se faire marchande ambulante, mais « dans la banlieue elle a vu des gens qui chuchotaient » et qui disaient : la voilà, il ne faut rien lui acheter. »

Elle a reconnu, à ces propos, l'acharnement du curé de Montmartre qu'elle qualifie de *surfine canaille, pétrie de perfidie*, et elle s'est dit que puisque, même en fuyant, elle ne pouvait échapper à son animosité, elle devait se défendre autrement ; d'ailleurs un éclat aurait l'avantage de lui fournir une occasion publique de proclamer ses griefs et d'obtenir justice.

©BIUM

Elle part de suite pour Paris et y arrive le 5 août 1871. Le lendemain était un dimanche ; à 11 heures et demie, vers la fin de la messe, le curé de Montmartre quêtait dans son église. Trois coups de pistolet retentissent ; les deux premières balles avaient frôlé M. le curé ; la troisième avait frappé la voûte, parce que le suisse avait pu relever le canon de l'arme ; c'est Mlle C... qui venait d'accomplir cette tentative d'assassinat.

Quand elle fut interrogée sur cet acte, elle répondit sans embarras : « Je ne voulais pas le tuer ; je voulais simplement » le blesser ; je voulais tirer dans les fesses, parce que j'ai » entendu dire que dans les chairs ce n'est pas mortel. Je sa- » vais qu'on m'arrêterait et que je passerais aux assises. C'est » là ce que je cherchais, parce qu'il y aurait eu des journaux, » la presse, et que j'aurais pu faire connaître que si j'étais venue » une seconde fois en prison, c'était leur faute, aux curés. »

C... a été placée à la Salpêtrière, dans le service de M. Voisin et elle y est morte. D'après la thèse de M. Berlureaux (1), qui contient la relation de son autopsie, elle aurait présenté les lésions de la paralysie générale au début.

L'observation suivante m'a été communiquée par M. le Dr Broc, directeur-médecin de l'asile d'Évreux.

Observation XIII.— Hallucinations; idées de persécutions; désir d'échapper à ses ennemis en se rendant en Amérique, par mer ou par terre; arrestation pour vagabondage; séquestration dans un asile.

Le nommé C..., âgé de 37 ans, est né aux environs de Blois. Travaillant, comme journalier, dans une commune du département, il a été accusé de complicité dans un vol commis par son beau-frère, mais il a été acquitté.

Une fois mis en liberté, il se rend à Paris, puis de là au Havre. Son but est de gagner l'Amérique, afin d'échapper aux ennemis qui le poursuivent. Arrivé au Havre, il ne peut s'embarquer faute de ressources pécuniaires. Il cherche alors à travailler dans l'espoir de gagner assez d'argent pour payer son voyage. Mais il est en butte aux plus grands dangers. Ses ennemis le poursuivent toujours ; ils mettent du poison dans son cidre, et jusque dans son tabac. Il prend alors la résolu-

(1) Causes, nature et traitement de la paralysie générale. Th. de Paris, 1874.

©BIUM

tion de gagner l'Amérique par terre, et il se met en route. A Bernay, il est arrêté comme vagabond, et de la prison de cette ville, transféré à l'asile d'Evreux, comme étant affecté de monomanie.

Pendant les six mois qu'il a passés à l'asile d'Evreux, il n'a cessé de se montrer peu communicatif, triste, de vivre à l'écart et de ne témoigner d'autre désir que de gagner l'Amérique par terre, pour fuir ses prétendus ennemis.

Remarques sur les observations XI, XII et XIII. Les trois faits que je viens de rapporter d'après MM. Blanche et Motet, Legrand du Saulle et Broc, présentent, avec ceux que j'ai recueillis moi-même, la plus grande analogie sous le triple rapport de la pathogénie du délire toujours lié à des troubles sensoriels chroniques, de la nature des idées de persécutions qui en ont été la conséquence raisonnée, et enfin de l'espoir que les malades ont eu d'échapper à leurs ennemis en entreprenant des voyages lointains. Il est à remarquer que la femme C... (observ. XII) paraît avoir eu, depuis nombre d'années, avant son arrestation, non pas de véritables hallucinations, mais seulement des illusions de la vue et de l'ouïe, et cependant cela a suffi, non-seulement pour lui inspirer un délire systématisé des plus intenses, pour lui faire parcourir la France, d'un bout à l'autre, en fugitive, mais encore pour lui faire commettre, en pleine église, une tentative d'assassinat sur le curé de sa paroisse. On voit par cet exemple que, comme facteur délirant, les illusions peuvent avoir autant d'influence que les hallucinations proprement dites.

Je termine par un dernier fait que j'emprunte à un travail récemment présenté à la Société médico-psychologique, par le M. le Dr Maret, et qui fournit un exemple de pérégrinations liées aux idées de grandeurs de la mégalomanie ; il a cela de particulièrement remarquable qu'il concerne deux frères jumeaux, et présente ainsi un nouveau cas de folie similaire à deux.

©BIUM

OBSERVATION XIV.— Hallucinations; idées de grandeurs; fils de l'empereur d'Autriche, le malade se croit appelé à être couronné à Paris ou à Rome; pour y parvenir, il voyage en Italie, en Espagne et en France; frère jumeau présentant exactement le même délire et voyageant de même.

J.-B. D..., né dans le Tyrol, âgé de 43 ans, soldat français, engagé dans le régiment étranger; est entré à l'asile d'Armentières à la suite de la guerre contre l'Allemagne. 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; son engagement n'a été motivé que par cette pensée fixe d'arriver à recueillir la couronne de France et celle d'Italie. Il est très-probable que son voyage en Espagne se rattache également à des projets de cet ordre. La Vierge le favorise dans ses desseins. Son frère a remis à leur père commun, l'empereur d'Autriche, deux lettres qui ont une grande importance, mais il ne peut pas en dire l'origine. 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 jumeau 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 il 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.

Remarques. Ces deux malades ont les plus grands points de ressemblance avec celui qui fait l'objet de l'observation IX. Ils sont comme lui des types de mégalomaniaques qui se croient fils de rois ou d'empereurs et s'attendent, d'un moment à l'autre, à monter sur le trône. En outre, comme lui aussi, ils ont cru que pour voir ce brillant avenir répondre à leur attente, ce n'était pas dans leur propre pays, mais dans des pays étrangers qu'ils devaient en poursuivre la réalisation, et dans ce but, ils ont parcouru l'Italie, l'Espagne et ont fini par venir en France à

©BIUM

l'occasion de la guerre de 1870. C'est là qu'ils ont été reconnus aliénés et internés. Je me borne à ces quelques remarques sur cette intéressante observation, parce que ce sont les seules qui se rapportent à l'objet de mon travail actuel. M. le Dr Dumesnil s'est chargé, dans le rapport fait par lui à la Société médico-psychologique, de faire ressortir ce qu'elle avait de très-instructif au point de vue de la folie à deux, de la contagion du délire et de l'existence des hallucinations chez le premier atteint, comme condition essentielle de cette contagion.

Les quatorze observations que je viens de rapporter présentent des points communs qui me paraissent être autre chose qu'une coïncidence fortuite; il y a certainement dans l'enchaînement des circonstances qui ont poussé tous ces aliénés à entreprendre des voyages plus ou moins lointains, une analogie et, dans plusieurs cas, une véritable similitude, qui doivent être attribuées à la nature même de leur délire et aux lois pathologiques qui ont présidé à son évolution. Aussi peut-on rapprocher les uns des autres et grouper ensemble les symptômes observés chez ces malades.

Un fait, surtout, ressort de leur histoire, c'est que tous sont des hallucinés affectés de délire partiel, de ceux que l'on aurait appelés, à une autre époque, et que trop souvent on appelle encore, des monomaniaques. Chez presque tous, les hallucinations et les illusions ont un caractère ancien et chronique ; pour deux seulement (obs. I et VIII) cette chronicité des hallucinations n'est pas démontrée, mais elle est, même pour ceux-là, très-vraisemblable. Tous ces malades, d'après la nomenclature qui est aujourd'hui la plus généralement adoptée, sont donc affectés de lypémanie ; mais ils n'appartiennent pas tous à la même variété de lypémanie, et sous ce rapport ils constituent deux groupes, qu'il est intéressant de distinguer l'un de l'autre.

La conséquence habituelle des hallucinations, et surtout

©BIUM

des hallucinations chroniques, est de faire naître la forme de trouble intellectuel à laquelle M. Lassègue a donné le nom, généralement adopté depuis lui, de délire des persécutions. Les hallucinés persécutés forment, de nos jours, la classe d'aliénés peut-être la plus commune de toutes. C'est à elle que se rapporte le premier groupe des aliénés migrateurs ; il comprend huit des quatorze observations que j'ai relatées (de I à VII, XII et XIII). Tous ces malades se sont sentis tellement malheureux, par suite des persécutions auxquelles ils croyaient être en butte, qu'ils n'ont eu d'autre ressource que de fuir, et c'est pour échapper à ces tourments qu'ils ont pris le parti de s'exiler. Mais tout en se résignant, en désespoir de cause, à cette extrémité, il leur est resté assez de présence d'esprit pour faire quelques préparatifs, et il est à remarquer que tous ceux sur l'histoire desquels j'ai pu avoir des renseignements bien détaillés, ont eu soin avant de se mettre en route, de réaliser leur avoir et de se munir, pour le voyage, de sommes d'argent, ou d'autres ressources, relativement considérables.

Je n'ai pas à revenir ici sur les liens qui établissent une relation intime, entre le délire de persécutions des hallucinés et les idées de grandeur systématisées de la mégalomanie; mais je dois faire remarquer que l'étude clinique des aliénés voyageurs apporte une nouvelle preuve de cette relation. Le second groupe de ceux que j'ai observés, comprend, en effet, quatre cas de mégalomanie dont un double (obs. VIII, IX, X, XIV). Ce sont des hallucinés qui, se considérant tous comme des incompris et des méconnus, ont espéré qu'en changeant de théâtre, ils auraient plus de chances de voir le succès répondre à leurs prétentions; eux aussi, en se mettant en voyage, ont eu bien conscience de ce qu'ils faisaient et n'ont agi qu'après réflexion.

L'un, bien modeste relativement, n'avait encore d'autre ambition, quand il a été reconnu pour aliéné, que de se faire délivrer par les autorités, et surtout par les prud'hommes

©BIUM

du Havre, les brevets et distinctions qu'il croyait mériter pour son talent à fabriquer des fleurs artificielles et qu'on s'obstinait à lui refuser à Paris. Un second, portant ses vues plus haut, comptait qu'en Angleterre il obtiendrait la remise des titres de propriété du domaine immense auquel il sait bien que sa naissance lui donne droit, mais dont, dans son pays, on ne veut pas le laisser entrer en jouissance.

Dans les deux dernières observations, les malades sont parvenus au degré le plus élevé du délire ambitieux. Ils ont compris, sans pouvoir dire à quels signes, qu'ils sont fils d'empereurs; ils doivent donc monter sur le trône ; mais ce n'est pas chez eux que leur rang a chance d'être reconnu, et ils se mettent à parcourir l'Europe, espérant qu'en Angleterre ou en Allemagne, à Berlin ou à Rome, en Italie ou en Espagne, on leur rendra enfin justice.

Outre ces cinq mégalomaniaques avérés, on remarquera que parmi les huit malades des premiers groupes, il en est deux chez lesquels quelques velléités d'idées de grandeurs ont paru près de se développer.

B... (obs. III) a cru, sans trop pouvoir expliquer pourquoi, que l'on avait mis les yeux sur lui pour lui faire contracter un brillant mariage dans la haute société.

M... (obs. II), se voyant traqué et espionné, aussi bien par les agents de M. Thiers que par ceux de Bismarck, a eu un instant de doute sur son origine plébéienne. Ne serait-il pas né dans un rang illustre? N'aurait-il pas été, au berceau, l'objet d'une substitution ? Ces interrogations, habituelles chez les mégalomanes au début, qui cherchent une explication plausible aux persécutions dont ils croient être l'objet, ont traversé l'esprit de M... et ont eu, un instant, assez d'influence sur lui, pour qu'en écrivant à sa mère, il ait refusé de lui donner ce titre et l'ait simplement appelée Madame. Toutefois, l'amélioration bientôt survenue dans son état à fait taire ces préoccupations, et il a bientôt écrit à sa mère avec toute la tendresse d'un fils affectueux.

©BIUM

Quoi qu'il en soit, ces deux exemples servent à montrer d'une manière intéressante, comment les idées de grandeurs germent et se développent chez les persécutés, et à prouver la connexité d'origine et de nature qui existe entre la lypémanie hallucinatoire et la mégalomanie.

En résumé, tous les aliénés voyageurs dont il est question dans ce mémoire sont des lypémaniaques, et les deux groupes qu'ils composent correspondent, non pas à deux espèces de folie différentes, mais seulement à deux variétés voisines de la même espèce, la lypémanie (Voir : *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XV, p. 256 et t. XXI), Tous, en se mettant en route, ont accompli un acte qui n'était que la résultante, logique à leur point de vue, d'un délire systématisé, provoqué lui-même par des hallucinations et des illusions des sens, délire déjà ancien et à éléments multiples.

Cette interprétation de ces faits est, sans doute, différente de celle que l'on aurait été porté à leur donner il y a trente ou quarante ans, alors que florissait la doctrine des monomanies. On eût été, bien probablement, tenté alors de les considérer comme caractérisant une monomanie spéciale et on en aurait fait la monomanie des voyages. C'eût été se conformer aux idées ayant alors cours dans la science, et c'est sans aucune intention de critique que j'y fais allusion. Mais ce rapprochement me paraît utile à faire, ne fût-ce qu'au point de vue historique, pour montrer une fois de plus, par cet exemple, quelle a été, depuis cette époque, l'évolution des théories scientifiques relatives à la folie, et les progrès accomplis, grâce à l'analyse clinique, dans la connaissance des symptômes et de la physiologie morbide des diverses formes de l'aliénation mentale.

©BIUM

Conclusions.

Les faits exposés dans ce travail me paraissent pouvoir être résumés par les conclusions suivantes :

1° Certains aliénés se déterminent, par suite de la nature et de l'évolution de leur délire, à entreprendre des voyages plus ou moins lointains. Les pérégrinations de ces aliénés voyageurs ou migrateurs sont des actes volontaires, réfléchis, conséquence raisonnée d'un délire systématique. Elles ne doivent donc pas être confondues avec les impulsions inconscientes au déplacement auxquelles peuvent être sujets des imbéciles, des instinctifs, des épileptiques ou des déments.

2° Les aliénés voyageurs ou migrateurs que j'ai observés sont tous des lypémaniaques hallucinés. Ils appartiennent à deux groupes : chez les uns, il n'existe que des idées de persécutions, et ils veulent s'expatrier pour échapper à leurs ennemis imaginaires ; chez les autres, au délire des persécutions s'ajoutent des idées de grandeurs systématisées, et ils sont atteints de mégalomanie ; ces derniers voyagent en pays étrangers, dans l'espoir d'y obtenir la réalisation de leurs ambitions chimériques, et de s'y faire rendre la justice qu'on leur refuse chez eux.

3° Rien ne serait moins justifié que de considérer ces aliénés comme atteints d'une forme spéciale de folie, la monomanie des voyages. Leur délire ne porte pas sur un point unique ; il est toujours plus ou moins compliqué et rentre à tous égards dans le cadre de la lypémanie.

©BIUM

OBSERVATION CURIEUSE
DE FOLIE SIMILAIRE
OU A DEUX INDIVIDUS

Par M. le Dr MARET,
Directeur-médecin de l'asile d'Auch.

1° Jean-Baptiste Degaspéri, né à Mezzalombard (Tyrol), le 17 décembre 1830, soldat au régiment étranger, entre à l'asile, à la suite de la guerre contre l'Allemagne. Les certificats de 24 heures et de quinzaine établissent qu'il est atteint de manie avec grande loquacité, et que d'ailleurs il est difficile de le comprendre, attendu que son langage est un mauvais italien, mélangé de français et de patois tyrolien. J'ai dû, en effet, tourner cette difficulté en l'interrogeant en espagnol. Il a vécu pendant 5 ou 6 ans en Espagne, et peut répondre d'une manière satisfaisante en cette langue. Il se croit fils de l'empereur d'Autriche et doit être couronné à Paris ou à Rome. Il sait qu'il est appelé à régner ; de nombreux généraux *le lui ont donné à entendre*. L'empereur d'Autriche, son père, Saint-Pierre et une mère Corbeille sont unanimes à le reconnaître. Il avoue d'ailleurs que son engagement dans la légion étrangère 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 que son voyage en Espagne se rattache également à des projets de cet ordre. D'un autre côté, son délire tend maintenant à se généraliser : il parle de la Vierge, qui le favorise dans ses desseins, et 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 ou ne veut en dire l'origine. Il ne tarde pas, dans ses explications, à devenir très-loquace et tout à fait incohérent ; mais il en revient toujours à l'objet principal de son délire, à ses idées ambitieuses, qui ont été le point de départ de toutes ses aventures. Il est de plus halluciné et croi

©BIUM

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. »

2° Joseph Degaspéri, frère jumeau du premier, ayant la même taille, la même démarche, absolument les mêmes traits, au point qu'on le prend facilement pour son frère Jean-Baptiste, présente aussi le même délire. Il l'a suivi dans ses pérégrinations en Espagne, 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 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. Son délire est d'ailleurs parfaitement circonscrit, limité ; il est resté simple, comme il a dû l'être tout d'abord, et il n'a pas les hallucinations que nous rencontrons chez son frère.

Ce fait de deux malades présentant les mêmes idées délirantes avait porté le Dr Mundy, de Vienne, directeur des évacuations d'Allemagne, qui ne les vit que 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 véritablement aliénés. Ils n'ont point perdu leurs sentiments affectifs et se tourmentent beaucoup quand on les sépare ; Jean-Baptiste devient alors véritablement excité et l'autre pleure ou devient lypémaniaque. Il me paraît probable que Jean-Baptiste a été le premier atteint d'aliénation mentale ; il est halluciné et son délire tend singulièrement 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.

©BIUM

DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE

ET DE SES ALTÉRATIONS

DANS LES

AFFECTIONS MÉLANCOLIQUES

Par M. le Dr SEMAL
Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés de Mons (Belgique).

Mémoire qui a obtenu le prix Aubanel.

(2e *article.*)

CHAPITRE CINQUIÈME.

DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE.

Chez l'homme sain, la plupart des actes physiologiques s'effectuant pour ainsi dire silencieusement, ne parviennent pas à réveiller la conscience qui y reste indifférente. Malgré l'exactitude de cette assertion que l'observation de soi-même peut si aisément contrôler, toute une école philosophique persistant à considérer comme inéluctable la nécessité d'éprouver du plaisir ou de la douleur, désigne encore sous le nom de *Sensibilité générale*, et à titre de fonction, ce qui n'est en réalité qu'une aptitude de l'organisme. Il n'entre pas dans le cadre ni l'esprit d'un travail où dès les premiers mots on s'est attaché à proscrire les discussions métaphysiques, de renouveler la joute entre sir William Hamilton, protagoniste de la théorie qui vient d'être mentionnée, et J. Stuart son contradicteur, ni même d'accueillir la solution passablement hybride fournie récemment par M. Léon Du-

©BIUM

mont ; on se serait même abstenu d'y faire allusion, si des physiologistes et des médecins très-autorisés, n'ayant pu s'affranchir des liens de l'École écossaise, n'avaient, en fait de sensibilité générale, affirmé des tendances éclectiques qui ont jeté sur leurs conceptions une obscurité et une indécision vraiment fâcheuses.

En effet, si nous consultons les auteurs qui dans leurs travaux ont été amenés à se prononcer sur ce point, nous trouvons les divergences les plus frappantes : On admet, dit M Laboulbène (1), *une sensibilité commune, cénesthésie, répondant à cette propriété des tissus et des organes de communiquer au sensorium les impressions agréables ou désagréables, venues du dehors ou qui se passent dans la profondeur de l'organisme, et les sensibilités spéciales répondant aux propriétés des nerfs spéciaux de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat et du tact, qui les rendent seuls capables de transmettre au sensorium les impressions causées par les couleurs, les sens, les corps sapides ou odorants, enfin, les formes diverses: les rugosités, la température des objets environnants. La sensibilité des téguments ou de la peau se rapproche beaucoup des sensibilités spéciales par le sens du toucher porté à son maximum dans les papilles des mains; de plus, la peau offre la sensibilité au contact ne différant pas de la sensibilité commune, enfin elle offre encore les sensibilités à la douleur et à la température.*

Ainsi d'après la définition que propose M. Laboulbène, les impressions agréables ou désagréables, venues du dehors, sont du domaine de la sensibilité générale? Sans nous arrêter à l'emploi abusif fait du mot impression, qui est pris ici pour sensation, car les impressions dépendent des propriétés des agents en contact avec les fibres sensibles, et leur caractère agréable ou désagréable dépend uniquement de

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, tome 4 de la première partie, page 425.

©BIUM

l'intervention des centres supérieurs, dont l'activité ne s'exerce que sur les perceptions, nous ferons remarquer que des sensations non indifférentes peuvent résulter de l'activité des sens spéciaux; ainsi la vue d'objets aimables ou repoussants, l'audition de sons harmoniques ou de bruits discordants, etc., etc., et ces sensations n'auront pas pris pour parvenir au sensorium d'autres voies que celles des nerfs spéciaux. D'un autre côté, les sensations thermiques seraient, d'après notre auteur, conduites par des nerfs spéciaux; mais il y aurait à ce compte des nerfs spéciaux jusque dans nos organes internes! Ces objections prouvent déjà que la base sur laquelle reposent les distinctions établies par M. Laboulbène, est défectueuse, mais ce fait s'affirme encore mieux par la suite de ses explications. *La peau*, y est-il dit, *offre la sensibilité au contact ne différant pas de la sensibilité commune*; or un contact peut être complétement indifférent et n'offrir aucune face agréable ou désagréable dans la conscience, ce qui devrait pour l'auteur faire rejeter une sensation de ce genre du cadre de la sensibilité générale. Puis la sensibilité à la douleur, qu'il semble localiser dans la peau, ne réside-t-elle que dans cet organe? Incontestablement non, partout où il y a des filets nerveux sensibles, il peut y avoir production de sensations douloureuses, et même rien n'autorise à rejeter l'idée qu'elles peuvent être conduites par les nerfs spéciaux et même se montrer dans les filets moteurs (?) (1).

La définition présentée par M. Axenfeld (2) quoique de beaucoup préférable est cependant encore incomplète. *Tous les tissus*, dit cet auteur, *jouissent à des degrés divers d'une sensibilité plus ou moins latente* (*dite commune ou profonde, cénesthésie*), *que les altérations morbides mettent plus forte-*

(1) Voir l'article *Physiologie de la moelle*, de M. Vulpian dans le *Dictionnaire Encyclop. des sciences médicales*.

(2) *Dictionnaire encyclopédique*, tome 7, page 64.

©BIUM

ment en relief, mais qui même obscure comme elle l'est normalement, suffit à nous suggérer la sensation continue de la présence de nos organes. Les perceptions fournies par le sentiment profond peuvent éprouver dans les maladies deux modes d'altération opposée, elles peuvent s'aiguiser jusqu'à devenir douloureuses ou s'affaiblir jusqu'à l'obtusion anesthésique.

La sensibilité commune ou générale de M. Laboulbène diffère donc de celle de M. Axenfeld en ce que, pour celui-ci, les perceptions normales fournies par ce genre de sensibilité sont obscures et indifférentes, et n'acquièrent le caractère douloureux que par des altérations morbides. On peut néanmoins objecter à cette manière de voir, que ce n'est pas seulement la présence de nos organes qui est révélée par la cénesthésie, il y a en plus *ce quelque chose*, comme di Leibnitz, *qui répond dans l'âme à la circulation du sang et à tous les mouvements internes des viscères.*

Au surplus, en complétant par cette adjonction la doctrine soutenue par M. Axenfeld, on n'aboutirait encore qu'à confondre la sensibilité générale avec la sensibilité interne, et à reproduire ainsi l'opinion des physiologistes parmi lesquels il faut ranger Wundt, pour qui les sensations générales sont toutes les sensations que nous ne rapportons pas au monde extérieur, mais qui nous font percevoir l'état et les modifications de notre propre corps. Rappelons tout d'abord que même à l'égard des sensations que nous rapportons au monde extérieur, nous ne percevons jamais que l'état et les modifications de notre propre corps ; ce point a suffisamment été établi pour qu'il soit permis de n'y plus revenir ici ; mais en outre, quelque estime qu'inspirent les travaux de l'éminent professeur d'Heidelberg, il est visible que sa théorie ne repose nullement sur des assises coordonnées, puisque, après avoir défini les sensations générales comme nous venons de le rappeler, il ajoute qu'elles résultent donc de la *masse* des sensations spéciales; il tient à compléter sa pensée par cette singulière déclaration : J'ai démontré,

©BIUM

dit-il (1), que les sensations générales ne doivent pas, ainsi que l'a admis Weber, être envisagées simplement comme la *somme* des sensations spéciales, mais qu'elles dérivent de ces dernières par un phénomène psychologique.

Entre les expressions *somme* et *masse*, la différence est spécieuse, si tant est qu'il y en ait une ; mais comment concevoir des sensations dérivant d'autres sensations, d'une manière tellement indirecte que leur perception n'arrive qu'à la suite d'une association d'idées, car c'est bien ainsi qu'il faut comprendre le terme *phénomène psychologique*.

Et encore, admît-on cette intervention de la pensée dans les perceptions des sensations générales, où est le phénomène psychologique, où sont les idées qui entrent à titre d'éléments dans le sentiment de la faim et de la soif? Et si Wundt considère à juste titre ces sensations comme relevant de la sensibilité générale, comment expliquer qu'elles résultent de sensations spéciales? Nous ne pousserons pas plus loin l'examen des diverses théories, explications de la sensibilité générale, sans rappeler sur quoi, selon nous, elles peuvent logiquement s'étayer. Notons tout d'abord ce principe développé antérieurement : que toute sensation normale n'est que l'effet produit dans les centres perceptifs par le contact des fibres centripètes avec les agents du milieu qui les entoure et qu'en conséquence, ce sont des phénomènes qui ont ce milieu pour siége, qui sont en réalité, *à l'état normal*, les seules causes impressionnantes, les seules causes déterminantes de l'activité moléculaire des nerfs, et en définitive les seules causes de nos sensations. Car, si par une abstraction de l'esprit, on supposait les milieux inertes ou immobiles, il n'y aurait jamais de sensation qui s'éveillerai dans la conscience. Mais nous savons pertinemment que le repos absolu n'existe pas dans la nature et qu'il n'est pas un atôme de matière qui ne soit incessamment mobile.

(1) *Physiologie*, traduction française, page 448.

©BIUM

Les phénomènes naturels sont donc constants quel que soit le milieu où ils se produisent, et ceux qui se passent au dehors et au dedans de l'organisme constituent une source intarissable d'excitations pour le système nerveux, qui est par cela même en état d'activité permanente durant la vie. Comme il n'est pas admissible que le sensorium reste en dehors de cette loi générale, on peut avancer sans trop de témérité que, par une sorte de projection, les différents points de l'organisme sont représentés dans les centres perceptifs et les impressionnent constamment (Spring.)

Le lien nécessaire entre les phénomènes dont les milieux sont le siége et ceux developpés dans les centres perceptifs, est constitué par l'interposition d'organes auxquels est applicable naturellement cette loi d'activité constante. Toutefois, le rôle dévolu à ces derniers organes nerveux est purement passif dans les sensations, car leur principe réside dans les facultés des centres perceptifs, de telle sorte que la production de toute sensation atteste l'existence d'une faculté correspondante du sensorium, et n'est que le résultat de l'éveil de cette faculté.

Rien ne s'oppose à considérer ce fait comme irréfutable, sans qu'il faille toutefois adopter l'opinion de quelques physiologistes, que toute sensation possède un organe qui lui est exclusivement destiné.

S'il en était ainsi ce travail serait inutile, car il n'y aurait que des sensations spéciales, et les efforts faits pour parvenir à la distinction d'une sensibilité générale seraient complétement superflus. Sans aborder la réfutation de cette doctrine, ce qui ferait double emploi avec ce qui a déjà été dit, ou entraînerait trop loin, nous dirons brièvement que les conclusions auxquelles on arrive par un tel raisonnement sont en partie forcées et résultent d'une confusion entre les faits normaux et les faits accidentels.

Laissons pour un moment les faits exceptionnels tout en observant qu'ils ne sont pas dus à des infractions aux lois

©BIUM

naturelles, mais reposent plutôt sur des circonstances que nous ignorons ou que nous avons peut-être négligées. Nous en tiendrons compte plus tard ; pour le moment, bornons-nous à essayer de comprendre ce qui se produit habituellement. Dans l'état normal, une sensation n'est que le reflet dans la conscience d'une propriété déterminée d'un corps en contact avec les extrémités périphériques des fibres sensibles ; c'est une réaction adéquate à l'excitation. Si les variations dans la sensation correspondent aux variations excitatrices, et les ont comme antécédent nécessaire, on peut inférer que si les phénomènes, causes d'excitation, ont des propriétés tellement connexes que les unes ne sont possibles qu'à la condition des autres, il n'y aura qu'un même centre pour leur perception, quelles que soient les voies intermédiaires prises pour y parvenir.

Reste donc à rechercher si les phénomènes naturels sont en réalité des conditions constantes, inévitables et essentielles, ou en d'autres termes des *propriétés générales*, et cela prouvé, nous serons en droit d'affirmer *à priori* l'existence, pour elles, d'un centre unique de perception, c'est-à-dire d'un organe central destiné à l'élaboration des sensations qui en découlent.

Les premiers chapitres de cette étude ont suffisamment déterminé quels sont les attributs généraux, constants, essentiels de la matière : mobilité d'abord, puis dégagement thermo-électrique, comme conséquence nécessaire du mouvement. Nous pouvons donc considérer comme relevant de la sensibité générale, les états de conscience résultant de l'impression faite sur les extrémités périphériques des nerfs centripètes, par les propriétés essentielles de la matière d'être en mouvement (ce qui lui permet, quand elle est extérieure, d'arriver en contact avec l'organe nerveux) et d'avoir un certain degré de tension électro-thermique.

Mais les éléments nerveux eux-mêmes sont le siége d'un mouvement thermo-électrique, et c'est par suite des modi-

©BIUM

fications dont ce phénomène est susceptible que l'activité des centres perceptifs entre en jeu pour déterminer la sensation. Dès lors, il est facile de saisir le mécanisme de cette dernière : aussi longtemps que la matière en contact avec les éléments initiaux des fibres sensibles est animée du même degré de mobilité et est à la même tension thermo-électrique que le tissu nerveux, il n'y aura pas de sensation.

Mais si avant le contact, ces équivalences n'existent pas, dès que le contact aura lieu, les deux corps en présence (la matière extérieure et le tissu nerveux) tendront nécessairement à se mettre en équilibre de mouvement, de température et de tension électrique, ce qui déterminera, par conséquent, une modification dans l'état antérieur du tissu nerveux; cette modification se propageant jusqu'au centre, celui-ci se trouvera en présence d'un nouvel état qu'il appréciera par contraste avec l'état précédent, et dès lors il y aura sensation. En somme, une sensation générale n'est que l'effet produit au sensorium par une interférence dans le mouvement thermo-électrique dont les nerfs sont le siége.

Mais objectera-t-on peut-être, l'activité intrinsèque des nerfs spéciaux doit consister aussi dans un état permanent de mouvement thermo-électrique et on ne saisit pas bien la différence qui pourra se trouver entre des nerfs de sensibilité générale et ceux de sensibilité spéciale, entre des sensations générales et des sensations spéciales? D'un autre côté, s'il en était ainsi, les nerfs spéciaux porteraient aussi au sensorium des sensations générales. La réponse est facile : les phénomènes de lumière et de son, pour citer un exemple, reposent incontestablement sur des mouvements matériels accompagnés de chaleur et d'électricité; mais il n'en est pas moins incontestable qu'à ces éléments doivent s'en ajouter d'autres, non par simple juxtaposition, mais par une fusion tellement intime qu'il en résulte un tout complexe; peut-être n'est-ce qu'un groupement particulier des éléments pri-

©BIUM

mordiaux, ou simplement une différence dans la vitesse des vibrations moléculaires? Toujours est-il que ces circonstances sont exceptionnelles, et que ces propriétés ne sont applicables qu'à un nombre restreint de molécules matérielles, qu'elles leur sont *spéciales* en un mot, et sont au moins des degrés supérieurs de mobilité thermo-électriques. Dès lors, les centres nerveux aptes à percevoir seulement des phénomènes simples ne pourront apprécier ces phénomènes complexes, et il est rationnel d'admettre des nerfs spéciaux et des centres spéciaux doués de facultés spéciales correspondantes. D'un autre côté, comme il est démontré que les centres ne perçoivent en réalité que l'état des nerfs qui y aboutissent, il est évident que ceux qui aboutissent aux centres spéciaux devront être le siége d'une activité complexe et supérieure à l'activité de ceux qui ne font que subir des modifications de mouvement thermo-électrique *simples*. Par conséquent, les centres pas plus que les nerfs qui y aboutissent,ne peuvent se suppléer. C'est ce que l'expérience confirme complétement,car l'on sait qu'une excitation quelconque des nerfs optiques ou auditifs déterminera toujours une sensation lumineuse ou auditive. Par contre, les nerfs généraux ne sont pas insensibles aux phénomènes excitateurs naturels des sens spéciaux dont ils s'assimilent les propriétés élémentaires.

Pour nous résumer nous dirons donc que la *sensibilité générale* comprend les sensations fondées sur la mobilité, la température et la tension électrique de la matière en contact avec les extrémités des fibres nerveuses centripètes. L'appellation de *générale* se justifie complétement, puisque dans ces conditions une sensation n'est que la perception du mode commun à tous les phénomènes naturels, et qu'il n'est pas, par conséquent,une seule partie du système nerveux qui ne puisse le produire, et que les modes exceptionnels dans la manifestation de la matière, le contiennent même, à titre d'élément.

©BIUM

Actuellement une question surgit, appelant une solution immédiate pour la compréhension de ce qui va suivre. Que peuvent être des sensations fondées sur la mobilité de la matière, ou plutôt de quelle nature sont les perceptions et les notions simples qui peuvent en résulter? Grâce aux abstractions des sciences physiques, on est arrivé à ne plus reconnaître à la matière qu'une seule propriété : *l'étendue*, à laquelle quelques physiciens veulent bien ajouter l'impénétrabilité, mais on n'arrive à ces conceptions qu'à l'aide de longues séries d'idées associées, n'aboutissant qu'à une notion abstraite sur les attributs primordiaux de la matière.

Quoi qu'il en soit,si l'esprit ne la peut concevoir qu'ainsi douée, il faut reconnaître par contre qu'elle pourrait exister éternellement sans jamais manifester son existence à nos sens, si elle était ainsi séparée des forces auxquelles elle sert de substratum. Parmi ces forces, ou plutôt comme génératrice de toutes les autres, se présente la mobilité, déjà suffisante à elle seule pour affirmer l'existence de la matière ; en effet, le mouvement relatif dont les objets matériels sont animés suffit à la discrimination de ces objets entre eux ; mais la connaissance ainsi obtenue ne va pas au-delà de la notion *d'existence,* et c'est, en effet, la première notion qui résulte de la mobilité d'un corps arrivant en contact avec notre organisme.

Mais dans l'état de mouvement des corps il y a des degrés, et selon que le mouvement se communique plus facilement d'un corps à un autre, naissent les notions de *résistance* et *de pesanteur*. Voilà donc deux notions bien distinctes basées sur la mobilité de la matière, et qui sont connexes avec celle de son existence. Mais par la mobilité qui anime toujours la matière, se produisent naturellement des chocs, des conflits permanents, et l'on admet qu'alors naissent les deux autres attributs dont nous avons parlé, la chaleur et l'électricité, quoiqu'à vrai dire, on ne sache rien de précis à cet

©BIUM

égard, puisque ces trois forces par lesquelles la matière se manifeste, forment une trinité inséparable, dans laquelle l'une d'elles peut prédominer momentanément mais sans jamais annihiler les autres, et qu'il serait en conséquence plus logique de dire qu'elles s'engendrent l'une l'autre.

Nous pouvons inférer de ce qui précède que la sensibilité générale nous renseignera sur l'existence de la matière, son degré de stabilité et de résistance, sa pesanteur, sa température et ses propriétés électriques.

Si ces conclusions paraissent ne pas souffrir d'objections en ce qui regarde les agents extérieurs de l'organisme, sont-elles aussi facilement admissibles pour la matière constituant l'organisme lui-même? Pourquoi non? En fait de sensibilité, on peut bien faire abstraction de tout ce qui n'est pas nerfs et centres nerveux, puisque la conscience ne perçoit en définitive que les modifications dont le tissu nerveux est le siége; aussi, peu importe pour l'énergie des centres perceptifs, que les agents qui l'impressionnent soient au dehors ou au dedans de l'organisme, pourvu que ces agents arrivent en contact plus ou moins direct avec les extrémités périphériques des nerfs sensitifs. La sensibilité générale nous avertira donc aussi de l'existence, du plus ou moins de stabilité, de résistance, de tension thermo-électrique dont jouiront les molécules matérielles composant notre corps.

Cependant cette assertion de l'indifférence du sensorium à l'égard de la provenance des impressions ne peut être acceptée sans une restriction formelle. Elle existe en fait, mais cependant l'homme a jusqu'à un certain point le sentiment de son individualité, de son identité, ce qui s'explique par deux raisons : la première nous est révélée par l'étude des rapports de position des filets nerveux sensitifs qui nous fixe sur l'incontestable supériorité numérique de ces fibres dans toute l'étendue de la surface tégumentaire, comparées à celles qui prennent naissance dans les parties internes et dont l'ensemble forme comme une véritable barrière entre

©BIUM

le monde extérieur et nous. En second lieu, si nous considérons que pendant la vie les phénomènes physico-chimiques développés dans les tissus organiques s'effectuent, au moins à l'état normal, avec une régularité tellement constante qu'elle est presque exclusive de ces changements, de ces variations que nous avons reconnues indispensables à toute sensation, et que, par contre, dans le milieu cosmique, ces modifications sont pour ainsi dire incessantes, nous comprendrons facilement qu'il y aura un défaut d'équilibre réel entre les sensations internes et les sensations externes, qui permettra à l'homme d'asseoir un jugement différentiel de ce qui est *en lui* et de ce qui est *hors de lui*.

Mais cette notion, quand elle ne s'acquiert que par les données de la sensibilité générale, est essentiellement vague; elle ne s'éclaire que grâce à l'apport d'éléments fournis par les sens spéciaux, la vue principalement. Toutefois, notons-le bien, l'exercice de la sensibilité générale est suffisant pour nous la suggérer. En effet, le mouvement de totalité de notre être suffit à le distinguer de ce qui ne subit pas le même mouvement; de même les mouvements partiels et relatifs déterminent la notion d'existence des parties qui en sont le siége. Ce raisonnement est naturellement applicable aux sensations thermiques et électriques.

On pourrait donc conclure que l'homme par ses sensations générales, aurait déjà conscience et de l'existence des objets extérieurs et de sa propre existence; mais qu'en outre, ces sentiments marcheraient de pair avec la certitude que ce qui est lui ou hors de lui, se révèle par des propriétés communes groupées sous trois chefs distincts quoique constamment unis : la mobilité, la chaleur, l'électricité.

S'il existait dans les exceptions tératologiques un être privé de sens spéciaux, il pourrait néanmoins vivre et sentir. Bien qu'un tel monstre n'ait peut-être jamais vu le jour, et n'ait d'analogue que dans la vie fœtale, où les sens spéciaux ne sont pas encore éveillés, cet exemple ne sera peut-

©BIUM

être pas inutile à la notion de la sensibilité générale, car pendant la vie il y a fusion si inextricable entre les sensations générales, les sensations spéciales et les perceptions idéales qui les ont pour bases, qu'il sera toujours difficile de tracer entre elles des délimitations précises.

Maintenant que nous avons esquissé à grands traits la nature des perceptions simples, basées sur la sensibilité générale, nous pouvons aborder la question de savoir si dans les limites de cette faculté du système nerveux, il ne se trouve pas encore d'autres éléments de perceptions ; ou mieux, si du groupement des sensations simples ne résultent pas des sensations d'un ordre complexe, quoique strictement fondées sur les propriétés générales de la matière qui nous ont occupé jusqu'ici.

Pour la compréhension du nouveau point de vue où nous nous plaçons, il est nécessaire de rappeler que les éléments matériels de notre corps ne peuvent être considérés isolément qu'en histologie. Du moment que l'on sort des limites de cette partie de la science, il faut envisager la matière vivante non plus en elle-même, mais dans les manifestations résultant de son groupement en organes et en appareils, c'est à-dire entrer dans le domaine de la physiologie. Or, si la physiologie expérimentale nous conduit à reconnaître un lien direct entre les différents points du corps et les parties centrales du système nerveux, où se font les perceptions et où naissent les idées, il résulte par contre de ses recherches que les impressions produites aux extrémités des fibres sensibles ne s'élèvent pas toujours jusqu'à ces régions extrêmes, que bon nombre d'entre elles trouvent avant d'y arriver des centres secondaires, dont l'énergie spécifique réussit à leur imprimer une direction collatérale. Ces centres sont les ganglions périphériques et la moelle, le bulbe, la protubérance, etc., etc.

Leur action est qualifiée par la plupart des physiologistes : *pouvoir réflexe*. Mais ce terme est loin d'éveiller une idée

©BIUM

exacte, s'il doit être pris dans son acception étymologique, car le mouvement nerveux n'est pas *réfléchi*, il change simplement de direction dans beaucoup de réactions réflexes, sans prendre une voie rigoureusement déterminée. Mais est-ce dans les ganglions et la moelle seulement que ces faits se produisent? N'y a-t-il pas dans les autres centres nerveux des conditions analogues? Tout semble le prouver, et il n'y aurait dès lors dans le terme *pouvoir réflexe*, que l'énoncé d'un fait bien simple; *la déviation* du mouvement *nerveux*, et ce phénomène se produira aussi bien dans l'encéphale que dans toute autre partie du système nerveux. — Si on infère de cette déclaration que nous voulons doter la moelle et les autres petits centres gris de facultés qui étaient le monopole exclusif du cerveau, nous avouerons qu'une telle conviction ne nous répugne nullement. Rien en effet ne doit engager à admettre ces localisations dont les progrès de la science révèlent l'inanité. La fonction est évidemment liée à la structure et non aux apparences morphologiques, elle peut être hiérarchiquement établie, mais en vue d'une fin déterminée à laquelle concourent tous les rouages élémentaires.

Cet aveu aurait été pénible il y a peu de temps, alors qu'il n'était que la reproduction d'une doctrine entachée d'hérésie aux yeux de la plupart, si non de tous les physiologistes français (1), mais actuellement elle s'abrite sous une autorité capable de la faire respecter : en effet, on lit dans le tome VIII de la 2e partie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* ces mots : « Il faut bien que sous » l'influence de l'irritation de tel ou tel point de la peau » du tronc postérieur, il se fasse dans la partie de la moelle

(1) Le docteur Lewis en Angleterre a depuis longtemps développé la thèse que la sensibilité ou la perceptivité est une onction commune à tous les autres nerveux. — M. Durand (de Gros), en France, est arrivé à la même conclusion.

©BIUM

» située en arrière du lieu de la section, une sorte d'impres-
» sion centrale, variant suivant l'endroit irrité, suivant
» l'intensité et la durée de l'irritation, puisque les mouve-
» ments des membres postérieurs eux-mêmes varient sui-
» vant ces diverses positions. *Que l'on décore ou non l'aptitude*
» *de la substance grise à éprouver cette sorte d'impression*
» *spéciale du nom de pouvoir psychique, cette aptitude existe*
» *indubitablement.* »

Ainsi, M. Vulpian, car c'est lui qui professe cette opinion, ne va pas jusqu'à accorder à la moelle un pouvoir psychique, bien qu'il ne proteste pas formellement contre une telle appellation, mais pour lui comme pour Van Deen, qu'il cite, comme pour Scheff, en Allemagne et Lewis, en Angleterre, il y a des *sensations médullaires;* seulement, il se hâte d'ajouter que cela va de soi, qu'elles sont *inconscientes.*

Sans vouloir nous arroger le droit de critiquer l'opinion du célèbre physiologiste dont il est ici question, nous ne pouvons nous empêcher cependant de reconnaître avec lui-même, que le terme qu'il emploie implique contradiction.

Toutefois, puisqu'il y a des sensations médullaires, pourquoi n'y aurait-il pas des sensations ganglionnaires? On arriverait ainsi à regarder la sensibilité comme une propriété du tissu ganglionnaire, du tissu gris, partout où il se rencontrerait, et à considérer les sensations perçues par l'encéphale comme la résultante des sensations disséminées dans tout le réseau nerveux, et à admettre que, néanmoins, il s'en produit de moins complexes à mesure qu'on rétrograde vers la périphérie.

Cela étant admis, nous nous trouvons en présence de deux nouvelles catégories de sensations générales :

1° *Les sensations physiologiques,* occasionnées par la mobilité, la température et la tension électrique de la matière organique, non plus considérée dans ses éléments histologiques, mais envisagée dans ses agrégats sous forme d'organes et d'appareils, et donnant naissance aux perceptions et aux

©BIUM

notions de contact, d'existence, de résistance, etc., etc. Si les organes étaient soudés les uns aux autres, ces sensations ne pourraient se produire, mais leur indépendance plus ou moins prononcée, leur mobilité qui peut être différente, les crée nécessairement. Mais il est bien entendu que les notions qui en découlent sont d'autant plus vagues qu'elles s'établissent sans l'intervention d'aucun sens spécial.

2° *Les sensations médullaires* seront celles qui s'organisent dans les différents segments de l'axe médullaire, par suite de la coordination des impressions venues par les fibres nerveuses qui y aboutissent, et qui perdent par cette fusion les caractères tranchés, reconnus jusqu'ici aux autres sensations générales. Elles doivent être rangées cependant parmi celles-ci, puisqu'elles les ont comme antécédents nécessaires et ne relèvent que des propriétés générales de la matière. Ce qu'elles gagnent en complexité elles le perdent en netteté, au point qu'il n'est point de terme pour les définir, et qu'il a fallu leur appliquer une dénomination qui les différencie des sensations générales simples. Ces termes varient et aucun d'eux n'a de signification précise : sentiments, besoins, appétits, désirs, tels sont les mots successivement employés pour les désigner.

Après avoir accepté que la moelle joue un rôle important dans la sensibilité, non-seulement en transmettant aux régions élevées du système les impressions produites sur les extrémités périphériques des nerfs qui y aboutissent, mais encore en les coordonnant dans sa substance grise en une résultante, il y a lieu de se demander si ces sensations dérivées ne peuvent se fusionner entre elles. Cela paraît incontestable; il doit y avoir un point de l'axe encéphalo-médullaire où elles se centralisent avant d'entrer comme éléments dans l'activité cérébrale proprement dite, avant de s'associer aux données fournies par les sens spéciaux.

Est-il permis dans l'état actuel de la science, de préciser le lieu où les sensations médullaires se réunissent, se coor-

©BIUM

donnent pour former une résultante unique? S'il faut en croire certains physiologistes, Luys particulièrement, ce serait le point central des couches optiques, ou centre médian, qui constituerait le confluent des sensations générales, tandis que MM. Longet et Vulpian regardent la protubérance comme le centre de perception définitive de la sensibilité générale. Pour M. Bourneville, c'est le pied de la couronne rayonnante et la partie adjacente du centre ovale. Quant à nous, nous inclinons à croire que la question ne pourra peut-être jamais être tranchée d'une manière aussi radicale, et que la détermination d'une localisation aussi rigoureuse n'est même point possible.

Aussi partageons-nous l'indécision de MM. Charcot et Magnan à cet égard : « Personne, dit le premier de ces auteurs, n'est en droit de dire si c'est dans la région indiquée, la couche optique, qui doit être incriminée plutôt que la capsule, le centre ovale ou le troisième noyau du corps strié (1). »

Toutefois, il est présumable que les sensations coordonnées dans les divers segments médullaires, si elles peuvent parvenir isolément à la sphère psychique, doivent en outre se fusionner dans un sentiment complexe et vague auquel revient bien le nom *cénesthésie*.

Ce mot exprimera donc pour nous l'ensemble, le chaos non débrouillé des sensations venues de tous les points du corps, ou mieux la perception confuse de l'état général des nerfs. — Cependant, ainsi comprise, la cénesthésie devrait peut-être renfermer les perceptions de l'état d'activité moyenne des nerfs spéciaux et généraux, tout à la fois, ce qui l'identifierait avec ce que Henle appelait, le *tonus* des nerfs sensibles. Qu'il existe un degré d'activité permanent pour les nerfs spéciaux, et cela même dans les moments où aucune impression extérieure *ne semble* les solliciter, c'est

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux.*

©BIUM

ce que nous admettrons d'autant plus facilement que notre manière d'envisager la sensibilité générale repose entièrement sur une telle conception ; nous ne rejetterons pas non plus l'hypothèse d'un centre où les sensations générales et spéciales, virtuelles ou latentes viennent converger et s'associer ; mais, précisément parce que nous ne faisons aucune difficulté à admettre cette *union*, est-il logique d'inférer qu'antérieurement il y avait *séparation*, ce qui nous amènerait à distinguer une cénesthésie pour les nerfs ordinaires et une cénesthésie pour les nerfs spéciaux. Ce serait, à la vérité, une simple vue de l'esprit qui nous pousserait dans cette voie ; mais en est-il autrement pour les données les plus certaines de la science, ne s'efforce-t-elle pas de nous tracer des limites conventionnelles, tandis que la réalité ne souffre aucun hiatus ? Tout s'enchaîne dans la nature et c'est peut-être pour cette raison que le déterminisme moderne est destiné à ne jamais voir la réalisation de ses rêves. Mais faut-il parce qu'on ne pourra jamais parvenir à ce but, rejeter l'aide que prête l'analyse et ses délimitations arbitraires à la compréhension de la synthèse? Certes non, aussi serons-nous fondé à scinder la cénesthésie en spéciale et générale, si nous pouvons trouver entre les deux une différence quelque peu marquée.

Les limites de ce travail ne nous permettent pas d'approfondir cette question et nous devons nous borner à en donner la solution en peu de mots.

Les sensations fournies par les sens spéciaux sont productrices d'idées, c'est sur elles que s'assied l'intelligence ; tandis que les données de la sensibilité générale restent en dehors de l'activité psychique proprement dite, et constituent plutôt des stimulants d'actes, au moins à l'état normal, car nous avons vu combien étaient vagues et confuses les notions qu'elles fournissent. En conséquence l'activité *moyenne, tonique* des nerfs et centres spéciaux se lie, *sielle ne se confond avec celle des lobes cérébraux*, et la cénesthésie spéciale déter-

©BIUM

minerait en quelque sorte la manière de penser, tandis que la cénesthésie générale déterminerait le caractère moral et actuel de l'individu. (L'auteur se serait volontiers laissé aller aux développements de ses idées, qu'il croit nouvelles, mais les limites imposées à ce travail les lui interdisent; toutefois il se réserve d'exposer ailleurs la doctrine complète.)

Parvenu au point où nous en sommes, après avoir reconnu l'existence théorique de deux cénesthésies, faut-il pousser plus loin la synthèse et admettre, comme l'a fait Weber, un sens des sens ou perception de l'état de sensation, abstraction faite des causes extérieures qui peuvent l'avoir déterminée ?

Pour qui nous a suivi jusqu'ici, la réponse est facile : les divisions que nous avons admises pour la sensibilité, s'appuient sur des distinctions analogues, reconnues en anatomie, par ce qu'il nous a paru impossible d'admettre une fonction sans organe, une force sans substratum. Or l'opinion émise par Weber est une conception philosophique radicalement opposée à cette manière de voir. En effet, faire abstraction des causes d'activité du système nerveux, conduit déjà à ne voir que des phénomènes immatériels, dont *le sens des sens* serait la résultante définitive ; quelque chose qui ressemblerait au point géométrique des physiciens!

Les deux cénesthésies dont nous venons de parler ne doivent, à la vérité, être séparées que théoriquement, car les idées peuvent se mêler intimement aux sensations générales (1) comme aux sensations spéciales, et l'on peut dire que l'homme pense comme il sent. Cependant à l'état normal, les sensations générales laissent indemne l'activité intellectuelle, en ce sens qu'elles ne déterminent pas d'idées nettes et coordonnées; leur influence est vague et n'acquiert de poids que lorsqu'elles sont troublées. Comme on l'a dit

(1) Ce qui s'observe particulièrement dans leurs anomalies.

©BIUM

plus haut, la cénesthésie générale, ou résultante des sensations générales, détermine le caractère moral de l'individu, et l'ensemble des sensations spéciales, les seules qui produisent *toujours* des idées et en sont inséparables, détermine le mode intellectuel. Mais pendant la vie il y a un mutuel retentissement de l'une sur l'autre, de sorte qu'on peut affirmer que la cénesthésie spéciale ou idéale, que l'intelligence en un mot, est tributaire de la cénesthésie générale ou physiologique, à laquelle nous conserverons seule le nom de cénesthésie, pour éviter toute confusion.

Dans son acception la plus large la cénesthésie correspondra donc à ce que les psychologues désignent sous l'appellation de *sens intime*, en y comprenant seulement l'ensemble des conditions physiologiques dans lesquelles ce dernier prend sa source.

A ce point de vue, on s'éloigne des idées émises par les écoles spiritualistes qui font du sens intime une faculté de l'âme s'élevant au-dessus de l'individualité, du sexe, des états de santé, etc., etc. ; mais on s'en rapproche en regardant la cénesthésie comme indépendante des états périodiques de la vie, tels que le sommeil, la veille, les âges, etc.

Pour mieux préciser encore, nous dirons que si le sens intime ne peut se comprendre qu'en y introduisant un élément intellectuel, on pourrait considérer la cénesthésie comme le sentiment intime précédant toute pensée, se trouvant à l'origine de toute connaissance, mais ne se fusionnant qu'exceptionnellement avec une pensée ou une connaissance *déterminée*, au moins à l'état de santé, car nous aurons occasion de voir que des associations d'idées dérivent des modifications apportées à la cénesthésie, par les affections pathologiques.

En affirmant que les sensations cénesthésiques sont vagues et ordinairement improductrices d'idées, nous n'entendons nullement les qualifier *d'inconscientes*. Il y a dans ces deux mots, *sensations*, *inconscientes*, un heurt de vocables

©BIUM

qui enlève toute précision à la pensée, et ce qui nous semble avoir prêté à cette singulière confusion, c'est qu'on ne s'est pas rendu compte du rôle des sensations par rapport à l'évolution physiologique de la pensée. Une sensation peut être perçue avant d'avoir atteint le cerveau proprement dit, sans entrer par conséquent comme élément d'une connaissance, sans influencer le cours des idées, et il faut d'autant moins confondre la perception avec l'idéation, qu'il a été reconnu que la moelle pouvait percevoir (1).

Une sensation n'est en somme qu'un point plus coloré ou plus pâle, se détachant par contraste sur un fond général ; pour qu'il y ait sensation, il faut que l'activité moyenne du système ne soit pas atteinte ou soit dépassée par le corps impressionnant. Cet état d'activité moyenne est seul incon-

---

(1) M. le docteur Ritti dans un opuscule portant le millésime 1874, tombe encore dans la même erreur : La couche optique, dit-il, est en un mot, l'organe des perceptions brutes ; les impressions peuvent s'y accumuler, mais ne deviennent conscientes que lorsqu'elles vont s'épanouir dans la couche corticale du cerveau. (Ritti, *Théorie physiologique de l'hallucination*, page 47.) Dans une telle théorie, que signifie donc la perception? Rien, ou bien elle s'identifie avec l'idéation; mais alors pour ne citer qu'un exemple dont la vulgarité est rachetée par la précision, la sensation de *faim* ne deviendrait consciente que pour autant que l'esprit ait formulé ce qu'est la faim, ou ait raccordé ce sentiment de besoin avec l'idée des objets qui peuvent le satisfaire? M. Ritti confond ici la *perception physiologique* avec la *perception psychologique*.

La différence entre les deux est sensible, bien que leur relation soit constante. Quoique chaque perception vraie accompagnée des sensations actuelles qui en résultent, contienne certaines sensations, dit Herbert Spencer, dans ses admirables principes de psychologie (page 613, tome 1) il n'y a pas là tout d'abord ce que nous entendons par le mot *idée* dans le langage ordinaire. — Elles n'ont pas encore cette propriété de se laisser facilement détacher et isoler qui caractérise les idées dans leur plein développement.

©BIUM

science, en ce sens que le moi ne jugeant que par comparaison, manque dans le cours normal et régulier de la vie, des points nécessaires à une comparaison. Aussi ne se sentirait-il pas vivre, s'il ne se produisait de petites et minimes différences dont il a vaguement conscience ; mais qu'une ou l'autre de ces différences vienne à s'accuser, que l'écart soit plus marqué, la sensation naîtra, et, selon que l'écart sera plus ou moins grand, la sensation sera plus ou moins forte, c'est-à-dire que le moi en sera plus ou moins affecté, en aura plus ou moins conscience. Il y a donc des degrés dans la conscience, et de ce qu'une sensation est plus nettement ou plus confusément perçue, il ne s'ensuit pas qu'elle ne soit pas perçue du tout, qu'elle soit inconsciente en un mot (1). Mais elle pourra s'élever pour être perçue plus ou moins haut dans la série et rester ainsi relativement étrangère au cours des idées ; à tel point qu'une sensation qui n'aurait jamais franchi les limites inférieures de la moelle, et qui en s'accentuant parviendrait jusqu'à l'encéphale, suractiverait l'énergie de ce centre, mais ne se trouvant raccordée avec aucune idée préexistante, jette-

(1) Que l'on nous permettre d'appeler à notre aide, pour la clarté de la pensée que nous développons ici, ces paroles d'un célèbre aliéniste. *La sensation*, dit M. le docteur Parchappe, *est toujours quelque chose d'actuel. Fatalement produite sous une influence extérieure à l'âme, la sensation n'a de durée que celle des conditions qui lui ont donné naissance. Après que ces conditions ont cessé d'exister, la sensation disparait nécessairement, et elle ne peut se reproduire que par la reproduction de ces mêmes conditions. Le produit de l'activité intellectuelle est au contraire quelque chose de potentiel qui survit à la sensation et aux conditions de la sensation et qui peut se reproduire dans la conscience sans que la sensation et ses conditions reviennent.* Or qu'arrive-t-il pour les sensations générales et pour les sensations spéciales que l'on qualifie d'inconscientes ? Précisément ce fait que l'activité intellectuelle est inapte à les reproduire ; que n'étant liée à aucune idée, ou n'entrant dans aucune association d'idées,

©BIUM

rait nécessairement le trouble dans l'harmonie primitive. De même, une sensation accidentelle, qui se produirait dans un point de l'organisme où les évolutions trophiques ont un caractère de régularité et de faiblesse tel, que les petites variations dans l'activité des nerfs ne se propagent pas d'ordinaire au-delà des centres perceptifs inférieurs, déterminera un état de conscience inhabituel, qui sera peut-être interprété faussement par l'intelligence, c'est-à-dire, associé illogiquement à des idées résultant d'anciennes sensations normales.

Nous aurons occasion de vérifier l'exactitude de ces vues théoriques, mais avant de clore ces considérations préliminaires, il n'est pas sans utilité de les résumer brièvement :

La *sensibilité* est cette aptitude du tissu nerveux de modifier son activité intrinsèque sous l'influence des phénomènes du milieu ambiant l'extrémité périphérique de ses fibres, d'irradier ces modifications jusqu'aux divers centres perceptifs échelonnés dans le système.

Les phénomènes, c'est-à-dire les propriétés et actes par lesquels la matière s'affirme, sont ou *généraux*, *essentiels* et *élémentaires* (mouvement, chaleur, électricité) ou *spéciaux*, *accidentels* et *complexes* (lumière, son, etc.).

A ces deux ordres de phénomènes correspondent, dans l'organisme animal, deux modalités distinctes du tissu nerveux, consistant dans un groupement particulier des molécules, et dans l'énergie respective qui en résulte. De sorte que, l'une, propre à la généralité des nerfs, est susceptible de s'identifier avec les manifestations essentielles

---

elles ne peuvent être reproduites, tandis que les sensations connexes d'idées se réveillent par le retour de ces idées : le mouvement moléculaire développé dans la matière cérébrale se propageant par continuité dans les fibres conductrices de ces sensations ou influençant directement le centre de leurs perceptions.

©BIUM

de la matière, tandis que l'autre, restreinte à certains nerfs déterminés, spécialise en ceux-ci les propriétés accidentelles et s'y harmonise. D'où la division de la sensibilité en *générale* et *spéciale*.

D'autres particularités les distinguent encore, si l'on considère qu'aux nerfs de sensibilité spéciale correspondent respectivement des appareils périphériques et des centres perceptifs *uniques*, tandis que les organes périphériques de sensibilité générale se réduisent à de simples cellules nerveuses, et que les impressions qui y sont reçues, rencontrent en se propageant dans le système, des centres intermédiaires de perception.

C'est pourquoi, les distinctions établies, en fait de sensibilité spéciale, reposent exclusivement sur les qualités des agents impressionnants, tandis que les sensations générales se groupent sous des aspects plus variés, ainsi :

a. On peut donner la qualification de *simples* à celles qui font percevoir isolément, sous forme de sensations de mobilité, de chaleur et d'électricité, les modifications survenues dans l'énergie statique des nerfs, et les distinguer en *externes* et *internes* d'après le lieu où l'impression s'est produite.

b. On désignera sous l'appellation de *sensations médullaires*, les sentiments qui résultant de la fusion des sensations simples, parties des divers appareils physiologiques, trouvent un centre perceptif dans la moelle.

c. Enfin, la *cénesthésie* comprendra les sensations perçues dans l'encéphale, mais en deçà des hémisphères, qui résument en un tout complexe et vague les sentiments soulevés par les diverses sensations médullaires. La classification précédemment établie servira de base à la description des troubles de la sensibilité générale ; nous parcourrons ainsi toute la série d'altérations qui s'observent dans les impressions reçues de tous les points de l'organisme, aussi bien celles qui se sont arrêtées dans les régions inférieures du

©BIUM

système, ou ont remonté jusqu'aux ganglions voisins des lobes cérébraux sans éveiller l'activité spéciale de ces derniers organes, que celles qui ont eu une influence sur le cours des idées.

DEUXIÈME PARTIE.

Des troubles de la sensibilité générale.

CHAPITRE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Notre intention n'est pas de décrire in extenso les altérations de la sensibilité générale; nous conformant et nous restreignant aux limites qui nous ont été prescrites, nous nous étendrons seulement sur les troubles de ce genre qui s'observent dans le cours des affections mélancoliques; seulement, avant d'énumérer ceux qui siégent dans les différents appareils sensitifs, il est naturel de commencer par les symptômes qui leur sont communs.

Toutes les altérations de la sensibilité, dit Marcé, peuvent se ranger sous trois chefs distincts : ou la sensibilité est exaltée, ou elle est pervertie, ou elle est abolie. Ces distinctions, toutes rationnelles qu'elles paraissent, ne sont pas rigoureusement applicables à la sensibilité générale. En effet, si l'on comprend parfaitement qu'elle puisse être exaltée, il ne peut en aucune façon être question de son abolition. Cette idée entraîne avec elle celle de l'abolition de l'activité intrinsèque de tous les nerfs de l'organisme, et par suite la cessation de tous les mouvements vitaux. La sensibilité générale ne peut même être partiellement abolie sans entraîner la mort de la partie de l'organisme où ce fait se produirait. On ne peut concevoir le néant de la sensibilité générale, sans l'anéantissement de l'organisme,

©BIUM

tandis que dans le domaine de la sensibilité spéciale, il peut se rencontrer des altérations moléculaires qui anéantissent radicalement la fonction spéciale, tout en laissant intacte l'évolution trophique au moyen de la sensibilité générale. Cependant rien ne s'oppose à admettre que le ton de la sensibilité générale soit élevé ou abaissé; on conçoit une susceptibilité plus grande ou plus faible chez différents individus, ou restreinte à certaines parties chez le même individu; c'est dans ce sens que nous parlerons d'une hyperesthésie et d'une anesthésie de la sensibilité générale.

Quant aux perversions de cette propriété du système nerveux, elles ne se présentent pas avec les mêmes caractères que dans la sensibilité spéciale : en effet une illusion, ou une hallucination de la vue et de l'ouïe s'explique et se redresse par l'interprétation des autres sens spéciaux venant réformer le jugement erroné; mais les sensations générales ne sont pas toujours associées à des idées, et lorsqu'elles se localisent dans les parties internes de l'organisme, les sens spéciaux ne sont d'aucun secours. Enfin un symptôme morbide si fréquent qu'il a souvent été regardé comme un fait physiologique, *la douleur*, n'a pas eu jusqu'ici accès dans la nosologie de la sensibilité spéciale et devra nous arrêter tout particulièrement.

CHAPITRE II

DE LA DOULEUR.

La physiologie de la douleur est loin d'être achevée, et la psychologie n'a pu jusqu'ici en donner une définition qui ne fût pas une pétition de principe. Cette ignorance de la nature de la douleur est-elle rachetée par une connaissance précise des conditions qui la font naître habituellement? Un coup d'œil rapide sur les idées qui ont cours dans la science nous fixera à cet égard :

Le but moral que l'homme et, avec lui, tous les êtres vi-

©BIUM

vants poursuivent dans la vie, est encore et sera peut-être toujours un sujet de discussions passionnées; mais si, descendant des hauteurs de la métaphysique, on se borne à envisager l'organisme dans ce qu'il a de matériel, on est amené à le considérer comme un consensus d'organes destinés à évoluer d'une manière déterminée en vue d'une finalité déterminée également, résumée en ces mots : *nutrition*, *fonction*. C'est, du reste, par une pure abstraction de l'esprit qu'on parvient à séparer ces deux phénomènes; car le renouvellement des matériaux est aussi indispensable à la fonction que celle-ci est nécessaire à la vie de l'organe. Ce sont deux actes connexes, s'enchaînant et s'entraînant mutuellement. — Si rien ne venait contrarier cet équilibre, l'homme pourrait parcourir le cycle entier de son existence, sans que sa conscience sortît de l'indifférence, mais sa propre volonté aussi bien que les vicissitudes des milieux où il vit, viennent, dès la naissance, entraver et contrarier le cours régulier des choses, et mettre l'âme en face d'une situation nouvelle qui se traduit par la douleur, *ce cri d'alarme de l'organisme aux abois* (Spring).

D'après cela, si nous renonçons à définir la douleur, au moins pourrons-nous en rechercher les causes déterminantes dans les altérations fonctionnelles et nutritives du tissu nerveux.

Il résulte de la connexité signalée plus haut entre la nutrition et la fonction, qu'un certain degré d'activité et un certain temps de repos relatif sont nécessaires au jeu régulier de tout organe, sous peine d'engendrer le désordre fonctionnel et la destruction organique si ces conditions ne sont pas remplies. La douleur naîtra donc autant par inaction prolongée que par exagération dans l'intensité et le temps d'activité des organes nerveux; mais, comme l'activité de ces derniers est réglée par l'activité des autres organes, ce qui se dira des uns pourra s'appliquer aux autres.

Le défaut d'excitation suffisante est la cause la plus na-

©BIUM

turelle de diminution dans la fonction d'un organe ; l'*excitation* est donc un besoin pour l'organe ; mais les excitations ne sont pas indifférentes aux organes, certains mêmes n'entrent en activité qu'en présence d'excitations déterminées ; il y a donc pour chaque appareil sensitif des besoins dont l'inassouvissement prolongé peut créer la douleur.

Les besoins dus à l'inaction des organes sensoriels spéciaux, sont rarement impérieux, parce que les excitations sont rarement absentes, si tant est qu'elles le soient jamais. C'est surtout dans l'inaction des appareils internes que la douleur s'éveille, et l'on peut signaler celle qui accompagne l'inactivité du canal alimentaire et des organes du mouvement.

L'abondance, comme la persistance des excitations, déterminant la suractivité, est également cause de la douleur, et cela aussi bien pour les organes de la sensibilité générale que pour ceux de la sensibilité spéciale. Toutefois, les douleurs ainsi développées dans les organes des sens spéciaux sont moins appréciables, parce qu'on peut facilement s'y soustraire en s'écartant des conditions particulières de leur production. Cette raison, jointe à celle précédemment énoncée, avait fait croire que les nerfs spéciaux ne pouvaient être siéges de douleur.

Si l'on reconnaît d'un côté les douleurs dues à l'inaction et de l'autre les douleurs résultant de l'excès d'activité, on est amené à considérer l'état d'activité moyenne comme indifférent ; mais nous ignorons, par contre, où se trouvent les limites de cette zone médiane ; nous savons seulement qu'en deçà et au-dessus il y a douleur, et qu'entre ces deux extrémités se placent des phases de transition qualifiées de pénibles et désagréables.

Toujours est-il que la douleur s'élevant ainsi dans les conditions extrêmes d'activité semble être incompatible avec l'intégrité des tissus, aussi doit-on partager à cet égard l'opinion de Budge et Hirsch, qui y voient un commence-

©BIUM

ment de destruction du nerf, tout en constatant, contrairement à leur opinion, et d'accord en cela avec Hirsch seul, que cette atteinte à l'intégrité du nerf peut aussi bien provenir de l'augmentation que de la diminution de l'activité nerveuse.

On se tromperait cependant en croyant que l'intensité de la douleur est en rapport seulement avec la lésion qui la détermine. — Jusqu'à un certain point cette influence existe, mais il y a des susceptibilités dont il faut tenir compte; ainsi chez certaines personnes les moindres sensations un peu prolongées provoquent de la douleur et nous verrons que chez les mélancoliques, comme l'a fort bien dit Guislain, les sensations naissent douloureuses.

Cela dépend évidemment d'une altération des conditions matérielles de la substance nerveuse (1) près de se produire, sinon produite, et qui s'explique du reste par l'état général de l'organisme qui est défectueux.

Il n'y a en,effet,aucune raison qui engage à chercher une autre cause au trouble fonctionnel du système nerveux, alors qu'on admet sans conteste que l'état des tissus, et les altérations du sang, produisent les troubles des autres fonctions de l'organisme. Il importe de noter que la douleur n'est qu'une sensation anormale, aussi la trouvons-nous passible des mêmes lois qui régissent les sensations normales. Nous avons fait ressortir que les sensations ne résultaient que d'une comparaison entre l'état antérieur et l'état nouveau de l'activité moléculaire des nerfs; et que de l'écart entre les deux dépendait leur intensité; de même nous voyons que la douleur est d'autant plus forte qu'elle

(1) Dans le cours de ce travail nous ne faisons que mentionner les névralgies sans entrer dans le détail de leur production. Chaque fois qu'il y a douleur, il y a altération du nerf et il importe peu pour le sujet qui nous occupe si cette douleur revêt ou non la forme paroxystique des névralgies.

©BIUM

naît dans des organes dont le jeu régulier laisse habituellement la conscience plus indifférente ; tandis que dans les tissus doués d'une sensibilité, qui a dû accroître ses limites par la diversité et la fréquence des excitations, la douleur tranchera beaucoup moins.

Nous avons une preuve de l'exactitude de cette opinion dans les douleurs cutanées qui n'approchent point de celles qui ont pour siége les tissus internes.

D'après ce qui précède, la douleur ne serait donc qu'un écart violent en plus ou en moins, du ton de la sensibilité normale ou moyenne, aboutissant toujours à une modification pathologique des tissus nerveux.

Cette dernière assertion soulèvera peu d'opposition en ce qui concerne le surmènement de l'organe, mais on comprendrait moins en quoi la douleur produite par inaction (qui n'est pas absolue, bien entendu,) puisse amener une altération organique, si l'on ne se souvenait que le jeu physiologique d'un organe entraîne et provoque les assimilations et désassimilations nécessaires à sa nutrition.

Au surplus, les deux causes de douleur que nous venons de mentionner se lient si étroitement entre elles qu'il est pour ainsi dire impossible de les disjoindre.

Ainsi, les douleurs positives (par excès) dégénèrent en douleurs négatives (par défaut), si elles ne sont suivies d'un repos utilisé pour la réparation des pertes subies pendant le travail exagéré; d'un autre côté, cet apport de matériaux réparateurs ne pourra se prolonger sans exciter un besoin de dépense dont la non-satisfaction produira de nouveau la douleur.

Il est même probable qu'après les grandes perturbations, l'équilibre normal ne reparaîtra qu'à la suite d'oscillations de ce genre.

Cette manière d'envisager la douleur comme une anomalie des sensations, écarte toute idée d'y voir quelque chose de spécifique et l'hypothèse de voies spéciales de conduc-

©BIUM

tion. Cependant plusieurs auteurs professent à cet égard une opinion opposée, et admettent l'existence de nerfs particuliers pour la douleur. Certains faits pathologiques, dans lesquels la douleur semble s'éteindre sans autre altération de la sensibilité, leur donneraient raison, si cette théorie résistait à l'examen. Mais d'abord, il ne résulte nullement des exemples cités par MM. Beau, Landry, Vaulair (1) et autres, que la douleur puisse survivre à l'abolition complète de la sensibilité générale envisagée comme nous l'avons fait ; ce qui paraît seulement démontré, c'est qu'il y a obscurcissement soit de l'un soit de l'autre des trois éléments de l'activité thermo-électrique du tissu nerveux. Quant aux faits pathologiques où la douleur n'a pu prétenduement être produite malgré la conservation des propriétés de la sensibilité tactile (qui se confond avec la sensibilité générale), ils sont peu fréquents et s'accompagnaient de diminution dans la sensibilité thermique; également et très-probablement, si on avait employé l'électricité, eût-on obtenu le même résultat. — Il y avait donc une véritable hyperesthésie et il était naturel dans ces conditions de ne pouvoir, au moyen des excitations ordinaires, arriver à développer cette suractivité morbide et l'altération moléculaire qui en est la suite et qui provoque la douleur. Car il n'aurait pas suffi d'amener une hyperesthésie de l'organe excité, il eut fallu franchir cette limite dont nous avons parlé et qui, tout indécise qu'elle puisse paraître, n'en existe pas moins.

Mais entre éviter de confondre l'hyperesthésie, simple exaltation de la sensibilité normale, avec l'algésie et en arriver à conclure à l'existence d'un centre algésique et de fibres spéciales y aboutissant, il y a réellement un abîme. Comme l'observe judicieusement M. le professeur Vulpian, il faudrait admettre que les fibres destinées à transmettre

(1) *Des névralgies.* Bruxelles 1866.

©BIUM

exclusivement les impressions douloureuses, fussent associées aux fibres de tous les nerfs sensitifs du corps, puisque tous peuvent être siéges de douleur, et qu'en outre, il y aurait des cellules nerveuses étagées le long de l'axe médullaire aux fins d'élaborer ces impressions. Or, conçoit-on la possibilité de tels éléments dont la fonction ne se révélerait que rarement et parfois jamais, pendant toute la durée de la vie, et dont l'existence persisterait en dépit de cette loi fondamentale que la vie est intimement liée à la fonction ? Si de semblables organes existaient, ils devraient nécessairement s'atrophier faute d'usage; mais alors, comment s'expliquer le réveil soudain de leur vitalité sous l'influence de causes fortuites ? car il est manifeste qu'on peut provoquer la douleur dans une partie où elle n'a jamais siégé.

Du reste, les partisans de la théorie que nous combattons ont été principalement amenés à cette manière de voir, par opposition à la théorie admise par d'autres, que la douleur est une exagération de la sensibilité, et ils trouvent des arguments qui semblent des plus probants dans les observations où la douleur coïncide précisément avec un affaiblissement de l'activité nerveuse.

Ainsi, dit M. Vaulair (1), *la noix vomique fait surtout ressentir ses effets douloureux dans les points où la sensibilité est déprimée ou abolie*. Ce fait corrobore pleinement notre opinion bien loin de l'infirmer, car c'est précisément parce que les points du tissu nerveux anesthésiés sont le siége d'une modification organique, que la douleur s'y localise; elle trouve un terrain tout préparé.

Cependant, nous le répétons, il faut se pénétrer de cette vérité que si la douleur est *plus* qu'une hyperesthésie, elle est en revanche *moins* qu'une hypesthésie. Ce qu'il faut ajouter ou retrancher à celles-ci pour produire la douleur, nous l'ignorons, mais cette limite pour être indéfinissable

(1) Vaulair. — *Des névralgies.*

©BIUM

n'en est pas moins réelle. Cependant, des faits cliniques portent à croire que la douleur ne se produit qu'alors qu'il y a concentration de l'activité nerveuse dans des points limités et restreints. Il est remarquable, en effet, que la douleur ne saurait se généraliser sans perdre immédiatement de son acuïté et de son intensité; d'un autre côté, une douleur intense détourne évidemment l'influx nerveux des centres supérieurs : et réciproquement, la concentration du mouvement nerveux dans les hémisphères cérébraux éteint la douleur (1). Quand on souffre vivement, on pense peu, et les idées se limitent à un parcours très-étroit, mais que la volonté ou un apport de sensations nouvelles ou même des mouvements violents produisent une dérivation, aussitôt survient un soulagement et parfois même la guérison quand la douleur n'a pas modifié profondément l'organe où elle siége.

Avant de terminer ces considérations sur un symptôme fréquent dans la plupart des maladies, mais qui forme pour ainsi dire la base des affections mélancoliques, n'est-ce pas le lieu de se demander si la douleur peut être imaginaire. La douleur n'est en somme qu'une sensation, et pourra survenir à la suite d'une excitation, cheminant le long des fibres centripètes, ou spontanément, par le fait des centres auxquels elles aboutissent, mais dans l'un ou l'autre cas, pour qu'il y ait douleur, il faut que l'activité intrinsèque du tissu nerveux, des centres ou des fibres, soit sortie de ses

(1) Un jeune aliéné de notre asile, dit Morel dans son *Traité de médecine mentale*, page 325, en proie à l'exaltation religieuse, s'était trempé le bras dans une chaudière d'eau bouillante; il ne cessa pendant le paroxysme de son délire de chanter les louanges de Dieu, et il était insensible à la douleur. Mais lorsque la peau tombée en lambeaux, eut laissé les chairs à nu et qu'une énorme suppuration se fut établie, la souffrance se manifesta. . . . . et toute trace de délire disparut.

©BIUM

limites normales, et dès lors aucune douleur ne peut être imaginaire. Du reste, un état de conscience est indiscutable et sans appel. Ce qui peut faiblir c'est l'interprétation de cet état, c'est-à-dire le raisonnement fait par celui qui souffre, pour expliquer l'origine ou la nature de ses souffrances. Quant à la réalité de celles-ci, en tant que perception, elle ne peut être tenue en suspicion qu'autant que leur expression extérieure est en désaccord avec l'expression habituelle de ces sortes de sentiments.

CHAPITRE III.

HYPERESTHÉSIE, HYPESTHÉSIE ET SYNESTHÉSIE.

L'hyperesthésie ou susceptibilité anormale des nerfs sensibles est fréquente chez les mélancoliques, surtout au début, quand l'affection ne s'affirme que comme une propension à la tristesse ; plus tard elle sera l'apanage des variétés hypochondriaques. Chez les mélancoliques ordinaires, l'état hyperesthésique se remarque pendant les phases de rémission du délire, ou comme réaction d'une période d'indifférence et d'apathie physique et morale (1).

Les impressions les plus indifférentes à l'état normal deviennent sources de sensations intenses, s'irradiant avec facilité dans les parties voisines et déterminant des mouvements réactionnels disproportionnés.

Il semble que la constante proportionnelle et le minimum perceptible qui forme la base des rapports psycho-physiques soient abaissés (2).

---

(1) Dans la première partie de ce travail nous avons mentionné que la facilité du mouvement moléculaire des nerfs devait s'exagérer par un défaut de tension des tissus voisins ; cette vue théorique trouve ici sa confirmation clinique, car les délires mélancoliques sont toujours concomittants d'un affaiblissement physique, d'un défaut de tonicité des tissus, et de langueur dans l'évolution physiologique des organes.

(2) La détermination des lois applicables à la mesure des

©BIUM

L'hyperesthésie ne se limite pas aux parties nerveuses réceptrices des excitations, les centres élaborateurs eux-mêmes entrent plus facilement en action, et engendrent des sensations même en l'absence des excitants habituels. Nous verrons même que, chez les mélancoliques par persécutions et chez les hypochondriaques, le récit seul de leurs souffrances semble les réveiller ou en redoubler l'acuïté (1).

Dans une situation où l'ébranlement nerveux est si facilement sorti de ses bornes normales, il est simple que la limite qui sépare l'hyperesthésie de la douleur, soit promptement franchie, à tel point que ces deux états sont presque inséparables.

On peut, du reste, affirmer que le début de toutes les maladies nerveuses est signalé par la douleur; il n'y aurait donc pas de faveur pour les affections mélancoliques. Toutefois, les sentiments pénibles forment pour ainsi dire le terrrain où celles-ci croissent; ce ne sont pas seulement des

---

sensations, aux rapports psychologiques, est loin d'être exacte, malgré les travaux si remarquables de Weber, Valentin et Neuhaus. — Les efforts de MM. Wundt en Allemagne et Delbœuf en Belgique ont, il est vrai, jeté une certaine clarté sur la question, mais il suffit de lire le consciencieux résumé que M. Ribot a fait paraître dans la *Revue scientifique* (décembre 1874, page 552 et suivantes), pour se convaincre combien on est loin d'avoir levé tous les doutes. — Sans nous prononcer sur cette question qui nous occupera ailleurs, il est permis d'avancer que la solution ne sera prochaine que pour autant qu'on fasse entrer dans la détermination du zéro, de la constante proportionnelle et du maximum perceptible, les conditions du mouvement nerveux intrinsèque, au lieu de prendre exclusivement les excitations extérieures comme base d'appréciation.

(1) Parce que à l'état pathologique, des sensations générales ont, par leur persistance, fini par se raccorder avec la sphère tpsychique; mais ce qui prouve la nouveauté de cette association, c'est la nouveauté des termes employés par les malades pour les décrire.

©BIUM

douleurs localisées qu'on y remarque, mais, en outre et comme caractérisque, un fond général de tristesse douloureuse, une sorte *d'algésie cénesthésique*.

Il a été dit précédemment pourquoi on ne peut décrire une anesthésie de la sensibilité générale, en prenant ce terme comme synonyme d'abolition. Toutefois, en deçà de la paralysie du sentiment, il y a des nuances où cette faculté offre un affaiblissement évident, une sorte de paresse nerveuse, de ralentissement dans la progression du mouvement moléculaires des nerfs, qui chez les mélancoliques ne leur occasionne de sensation qu'un certain temps après que les excitations périphériques se sont produites. Il y a un véritable retard dans la perception (par suite, probablement, d'un défaut de cohésion dans le tissu nerveux) et c'est à cet état que nous avons donné le nom *d'hypesthésie*.

Sous le nom de *synesthésie*, M. Vulpian désigne *la production d'une double sensation, sous l'influence d'une impression partant d'une région sensible limitée. Une de ces sensations est perçue comme ayant cette région comme point de départ, l'autre correspond à un point plus ou moins éloigné de la précédente et qui n'a subi aucune espèce d'excitation directe*. Ce phénomène se présente normalement, et s'il est rangé parmi les troubles de la sensibilité générale, c'est d'abord parce qu'il nous donne l'explication de ces situations fréquentes chez les mélancoliques et surtout chez les hypochondriaques, où des sensations douloureuses, généralisées à tout l'organisme, ou localisées dans un appareil seulement, n'ont d'autre point de départ qu'une altération organique limitée. Ensuite nous tenions à signaler l'explication donnée par M. Vulpian, parce qu'elle est de nature à jeter un certain jour sur les troubles perversifs de la sensibilité générale. Une impression portant sur les extrémités d'un nerf et transmise à certains éléments récepteurs dans le foyer d'origine de ce nerf, va mettre en activité soit d'autres éléments de ce même foyer, soit des éléments d'un autre amas

©BIUM

de substance grise dans lequel se terminent des fibres sensitives en rapport avec une autre région de surfaces tégumentaires. — Les éléments récepteurs ainsi stimulés, d'une façon secondaire, sont modifiés de la même façon que s'ils avaient reçu une impression provenant de la périphérie des fibres nerveuses avec l'extrémité centrale desquelles ils sont en rapport; et il y a par conséquent, production d'une sensation semblable à celles qui ont été provoquées par l'excitation de ces fibres. --- C'est cette sensation déterminée, sans provocation extérieure, par une transmission d'excitation d'un foyer central de réception d'impressions à un autre foyer central, au moyen des voies de communication qui existent entre ces deux amas de substance grise, que l'on nomme une synesthésie (1).

Cette explication est des plus plausibles ; aussi croyons-nous pouvoir l'étendre non-seulement à la surface tégumentaire, comme le fait M. Vulpian, mais à l'ensemble de l'organisme. Pourquoi les sensations, douloureuses ou non, perçues dans d'autres points ne releveraient-elles pas de la même loi? Rien ne s'oppose à la généralisation de cette théorie, qui rend plus facilement compte des altérations de la sensibilité dans certaines affections hypochondriaques.

CHAPITRE IV.

DES PSEUDESTHÉSIES, ILLUSIONS ET HALLUCINATIONS.

Dans ce domaine si peu exploré de la sensibilité générale, les difficultés naissent à chaque pas, et nécessitent des retours aux notions en apparence les plus familières. Pas un ouvrage de physiologie ou de psychiatrie qui ne parle d'illusions et d'hallucinations de la *sensibilité spéciale*, et pas un lecteur qui ne sache de quoi on veut parler. En est-il ainsi

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, tome 8e, 2e série, page 519.

©BIUM

pour la sensibilité générale ? Malheureusement non, et cela moins peut-être, parce que celle-ci a été diversement définie ou mal définie, que par la raison plus péremptoire qu'on n'est pas encore fixé sur la valeur réelle des termes illusions et hallucinations et encore moins sur la différence qui peut exister entre les deux.

C'est ce qui nous force à de nouvelles explications. Qu'est-ce qu'une hallucination ? Pour les écoles spiritualistes, la réponse est aussi facile que peu plausible, et nous n'essaierons pas de la combattre ou de la concilier avec les idées précédemment émises ; mais jusqu'où peut-on admettre des hallucinations purement psychiques, en donnant à ce mot le sens d'intellectuel ? Quoique décrites par M. Baillarger, et accréditées sous le patronage de ce nom respectable, les hallucinations dites psychiques ne peuvent s'expliquer autrement que comme des degrés supérieurs de souvenir ou d'imagination ; mais quelqu'intense que soit la réviviscence des idées, elles restent toujours des idées, et si elles amènent une sensation, c'est par la communication aux centres perceptifs de l'activité jusque-là restreinte aux sphères psychiques. Il n'y a donc lieu d'admettre le mécanisme des hallucinations qu'en y comprenant la double intervention des sens et de la pensée, comme l'a fort bien dit Morel dans son traité de médecine mentale.

Malgré cela nous éprouvons quelque difficulté à concevoir ce que peut être une hallucination de la sensibilité générale, ce qui eût été totalement impossible, si ce phénomène même était purement psychique. MM. Littré et Robin définissent l'hallucination : « un trouble de la partie du cerveau qui perçoit habituellement, tel que sans *impression* ni *transmission* elle se trouve spontanément dans l'état d'activité causée par ces dernières, et par suite détermine les pensées et les actes suscités par une sensation réelle et complète. » Cette définition serait exacte si, comme on le suppose pour les sens spéciaux, les impressions de la sensibilité gé-

©BIUM

nérale étaient discontinues ; mais faut-il rappeler que les excitations de la sensibilité générale sont constantes, qu'il ne peut y avoir absence d'impression puisqu'il ne peut y avoir disparition de matière en contact avec les fibres sensibles ni repos absolu de cette matière. Les antécédents des sensations générales ne font donc jamais défaut, et leur persistance détermine la permanence d'activité des nerfs anesthésiques. Or, cette activité intrinsèque des nerfs de sensibilité générale se traduit par un mouvement thermo-électrique, et si cette force complexe est en équilibre avec celle qui anime les corps en contact avec les fibres nerveuses, la sensation pourra ne pas se produire ; mais si les phénomènes thermo-électriques qui ont pour substratum la matière en contact avec les extrémités périphériques des nerfs, diffèrent de rhythme avec ceux qui siégent dans ces derniers organes, il y aura rupture d'équilibre, et ainsi s'effectuera dans les fibres nerveuses et les centres perceptifs ces différences, ces changements constituant les éléments essentiels d'une sensation. Les centres perceptifs peuvent, il est vrai, subir et apprécier un changement, percevoir une sensation, qui sera rapportée à un point périphérique, sans que ce soit précisément de ce point qu'est partie l'impression excitatrice ; c'est ce qui a lieu pour les synesthésies. Mais dans ce cas même, il y a eu transmission d'une impression, et le fait ne constitue pas une hallucination comme l'entendent MM. Littré et Robin, et la plupart des physiologistes. Un même défaut entache la définition proposée par Esquirol, quoiqu'elle compte un grand nombre de partisans. Un homme, dit cet illustre maître, qui a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à portée de ses sens, est dans un état d'hallucination (1). Cette explication serait peut-être admissible en fait de sensations spéciales et de sensations

(1) Esquirol : *Des maladies mentales*, tome 1er, page 80.

©BIUM

générales externes, car dans toutes les autres les moyens de contrôle nous font complétement défaut ; mais même pour les dernières, une simple réflexion force à s'en écarter. En effet, si nous disions, par exemple, qu'il y a hallucination de la sensibilité générale quand la conscience avertit d'un contact et de modifications thermo-électriques, alors que vérification faite il y a contradiction flagrante, aucun corps n'étant venu en contact avec notre surface tégumentaire, nous consacrerions une erreur, car un mouvement du milieu cosmique, inappréciable à nos sens spéciaux, a fort bien pu déterminer ces impressions qui auraient été régulièrement et légitimement perçues.

La conclusion à tirer des considérations précédentes est qu'il faut être très-réservé dans l'emploi du mot hallucination, en fait de sensibilité générale, car ce qui vient d'être dit des sensations générales externes, est *à fortiori* applicable aux sensations internes. Aussi nous préférons l'emploi des termes *pseudesthésies* et *illusions*, qui rendent d'autant plus correctement notre pensée que les faits qu'ils définissent, sont aisément explicables et compréhensibles par la théorie des synesthésies. Il n'en est pas de même pour les hallucinations des sens spéciaux auxquelles la théorie précitée n'est que partiellement applicable. En effet, il peut bien se produire dans les organes de la vue et de l'ouïe des réactions spontanées ou synesthésiques, mais la conscience n'accusera en retour que de simples sensations de lumière et de son ; pour que l'hallucination se forme, il faut que ces sons se changent en voix, et les perceptions lumineuses en images, ce qui a nécessité l'intervention de l'activité intellectuelle.

Il est vrai, néanmoins, que l'esprit s'empare exceptionnellement des illusions de la sensibilité générale, pour leur donner un corps, mais au rebours des hallucinations visuelles et auditives, etc., qui sont, jusqu'à un certain point, compatibles avec la rectitude du jugement, celui-ci est ordinai-

©BIUM

rement vicié quand les illusions de la sensibilité générale participent à l'évolution psychique.

La théorie de M. Vulpian sur les synesthésies suffit donc à donner la clef de la plupart des pseudesthésies générales, mais il y a lieu d'apporter une certaine réserve pour une catégorie d'illusions. On rencontre assez fréquemment, dans la population des asiles, des malades mélancoliques qui prétendent les uns n'avoir plus d'intestins, les autres plus d'estomac, plus de tête; or, ces aberrations rentrent dans le cadre des troubles de la sensibilité générale, puisque c'est cette faculté qui nous avertit de la présence de nos organes, mais il faut avoir recours à une double hypothèse pour s'expliquer leur production. Dans les faits dont il avait été question précédemment, on admettait l'éveil indirect d'un centre perceptif, ce qui donnait naissance à une illusion qu'on pouvait logiquement qualifier de *positive*, mais ici on se trouve en présence d'une véritable illusion *négative*, car il est hors de doute que les organes qui semblent ainsi absents du champ de la conscience, continuent à fonctionner et qu'en conséquence, les excitations qui en partent et révèlent chez l'homme sain leur présence, ne font pas défaut. Toutefois on peut supposer que le mouvement moléculaire des nerfs s'est tellement ralenti, que les mouvements, les ondes interférents s'éteignent avant d'arriver aux centres perceptifs, ou bien que ce sont ces derniers qui restent relativement inertes. Dans l'une et dans l'autre hypothèse, il y aura un point du centre perceptif qui contrastera, par son indifférence, avec l'activité normale des amas de substance grise qui l'environnent, et déterminera ainsi une véritable lacune dans la conscience, d'où dérivera une illusion négative. Ces sortes de pseudesthésies, surtout celles qui prennent leur origine dans les profondeurs de l'organisme, sont ensuite défigurées par les réactions d'un cerveau en délire; car si nous nous refusons à reconnaître des hallucinations de la sensibilité générale, c'est principalement en vertu de la con-

©BIUM

viction qui nous fait considérer celle-ci comme peu productive d'idées, l'hallucination ne s'établissant que par l'intervention des centres psychiques. Il est vrai qu'on pourrait nous demander pourquoi nous n'accueillons pas les hallucinations dites *interprétatives*, qui correspondent précisément à ces vues; mais ce qui nous engage à rejeter ainsi ce terme, c'est que les hallucinations interprétatives sont de véritables sensations dont l'élaboration psychique, la traduction en idées est seulement faussée, et qu'il est dès lors préférable d'éviter à leur égard une appellation qui donnerait le change sur leur véritable valeur.

Maintenant nous croyons pouvoir clore ces considérations, et aborder l'examen des troubles de la sensibilité générale, dans les différents organes et appareils qui en sont le siége apparent; cette étude formera l'objet des chapitres suivants.

(*La suite au prochain numéro*).

©BIUM

Médecine légale.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

concernant

le nommé Claude C...

inculpé de vols.

Faiblesse intellectuelle congénitale — Responsabilité limitée.

Par le Dr SIZARET

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

Nous soussignés, Debrand (Félix), docteur en médecine et Sizaret (Charles), directeur-médecin de l'asile public des aliénés du Jura, tous deux résidant à Dôle, commis par ordonnance de M. le juge d'instruction en date du 29 novembre 1873 pour examiner l'état mental du nommé Claude C..... inculpé de vols, et dire ou non s'il peut assumer la responsabilité de ses actes, après avoir prêté le serment exigé par la loi, nous sommes transportés à trois reprises différentes à la maison d'arrêt où nous avons attentivement examiné et interrogé l'inculpé; ensuite, après avoir pris connaissance des pièces du dossier et nous être livrés à toutes les investigations nécessaires, nous avons rédigé le rapport suivant :

Le nommé C..... (Claude) est âgé de 26 ans, fortement constitué, d'une taille au-dessus de la moyenne; il a les cheveux blonds, le teint coloré, et présente les attributs du tempérament lymphatico-sanguin. On remarque en lui une disproportion très-prononcée entre les dimensions de la face et celles du crâne. Tandis que la face est exagérément

©BIUM

développée par suite de l'allongement des maxillaires, le crâne se trouve complétement aplati en arrière et réduit dans son volume de manière à présenter les caractères d'une véritable microcéphalie. Ce vice de conformation, qui s'accompagne forcément d'un arrêt de développement du cerveau, n'est pas simplement accidentel et propre à l'évolution organique défectueuse de l'individu, il est le produit de l'hérédité morbide et se relie manifestement à d'autres signes de dégénérescence physique et intellectuelle observés dans sa famille, notamment chez sa mère qui était goîtreuse, et une de ses sœurs frappée d'idiotie congénitale.

En 1866, à l'âge de 19 ans, le sieur Claude C..... a été une première fois poursuivi pour vol, mais une ordonnance de non-lieu fut rendue à la suite d'un rapport médico-légal concluant à l'irresponsabilité pour cause d'imbécillité avec *monomanie du vol*. Depuis cette époque, le sieur C....., laissé en liberté, a constamment servi en qualité de domestique dans différentes maisons où sa conduite n'a jamais éveillé l'attention de l'autorité judiciaire. En dernier lieu, il se trouvait employé à la brasserie Robert, lorsque les vols qu'on lui impute ont eu lieu ; les objets volés consistent dans un ornement de cierge et un surplis dérobés dans deux églises différentes.

Tels sont les antécédents de l'inculpé ; voyons maintenant quel est son état mental et par suite quelle est sa responsabilité devant la justice.

Nous avons examiné et interrogé le sieur Claude C..... à différentes reprises et chaque fois nous l'avons trouvé calme, réservé dans ses paroles, poli et convenable à notre égard ; notre impression générale a été en même temps qu'il savait prudemment peser ses réponses, dont la lenteur habituelle ne doit pas toujours être attribuée uniquement à l'évolution laborieuse de sa pensée. A notre première visite, nous l'interrogeons immédiatement sur les vols qui lui sont

©BIUM

reprochés; il nie aussitôt avec la plus grande énergie en être l'auteur. Il ne sait pas, dit-il, ce que cela veut dire; il s'indigne d'être accusé non pas d'un simple vol, mais d'un vol cent fois plus coupable, d'un vol dans une église. Nous insistons sur ce point; nous renouvelons, nous varions nos questions; nous rappelons à l'inculpé qu'au mois de janvier 1867, convaincu de vols qu'il avait pleinement avoués, il a cependant été relaxé en raison de son état mental; nous lui donnons même à entendre qu'il pourrait encore en être ainsi cette fois.

Toute notre insistance n'aboutit pas à l'ombre d'un aveu : « Je ne suis, dit-il, ni fou ni imbécile, je sais ce que je fais. Si je ne savais pas ce que je fais et si je n'étais pas capable de me conduire, je n'aurais pas pu servir dans les maisons où j'ai servi; je n'ai pas mis les pieds dans les églises de Larangeot ni de Falletans, et ceux qui m'accusent sont les vrais coupables. » Dans aucune des visites que nous lui avons faites, l'inculpé n'a varié en quoi que ce soit dans ses dénégations.

Ne pouvant obtenir aucun aveu relatif à l'objet de la prévention actuelle, nous revenons alors sur les vols commis en 1866 par le sieur C.....; nous lui demandons s'il se rappelle avoir volé à cette époque, au préjudice des demoiselles Lance, cultivatrices à Falletans, différents effets d'habillement qu'il avait ensuite cachés dans les bois. L'inculpé paraît très-surpris de notre question et nous affirme n'avoir gardé aucun souvenir des faits dont nous venons de lui parler. Nous lui montrons alors sa signature apposée au bas de l'interrogatoire qui renferme ses aveux; il reste confondu, se lève brusquement et semble sous le coup d'une vive agitation intérieure. Ce profond étonnement et l'agitation momentanée qui l'accompagne ne tiennent évidemment pas à ce que le sieur C..... venait d'apprendre pour la première fois qu'il s'était rendu coupable de vols en 1866, ce qui semble improbable. Nous les attribuons plutôt à ce

©BIUM

qu'il ignorait l'existence des casiers judiciaires et à la surprise causée par notre révélation inattendue. Quoi qu'il en soit, il se rassied, se remet et nous dit : « J'ai bien pu, du reste, ne pas m'en souvenir puisque je n'ai pas de mémoire. »

Nous poursuivons nos investigations et nous questionnons alors l'inculpé sur ses occupations habituelles, sur les actes ordinaires de la vie. Ses réponses sont relativement satisfaisantes ; elles sont nettes, précises, sans aucune manifestation de délire ni d'un trouble intellectuel quelconque. Ce ne sont pas là les réponses d'un véritable imbécile et l'inculpé nous semble jouir au moins du vulgaire bon sens que rien ne nous autorise à lui dénier. Il nous donne des renseignements à peu près exacts sur le cours de son existence pendant ces deux dernières années ; si nous y relevons quelques inexactitudes, la cause en est facile à découvrir. Ainsi, par exemple, le sieur C..... nous dit avoir servi pendant dix mois, aux appointements de 15 fr. par mois, chez M. le docteur Rouby, directeur de la maison de santé des Capucins ; il ajoute, sur notre demande, qu'il est sorti de cette maison pour gagner davantage ailleurs. Tout cela est parfaitement exact et témoigne d'une excellente mémoire, hormis un point toutefois : c'est le motif de la sortie. En effet, en allant aux informations, nous avons appris que M. le docteur Rouby l'avait renvoyé parce qu'il escaladait les murs pendant la nuit et se permettait de dérober des melons dans le jardin où il travaillait. Il résulte des détails dans lesquels nous venons d'entrer que le sieur C... sait bien laisser dans l'ombre les particularités qui lui sont défavorables, mais que sa mémoire, au moins celle des faits récents, paraît intacte.

Il nous reste un dernier point à examiner. L'inculpé est-il sous l'influence d'une perversion morale qui le pousse fatalement à voler ? Doit-il, en un mot, être considéré comme atteint d'une véritable *monomanie* du vol ? Sur ce point, nous

©BIUM

devons déclarer que, ni dans les pièces du dossier, ni dans nos propres investigations, nous n'avons trouvé aucun motif suffisant pour nous faire adopter une telle opinion. Nous savons, il est vrai, qu'il en a été jugé autrement dans un précédent rapport, mais ce rapport date du mois de janvier 1867, l'inculpé avait dix-neuf ans seulement, il était arriéré et pouvait présenter à cette époque tous les caractères de l'imbécillité avec privation du libre arbitre. Le nouvel examen auquel nous venons de soumettre son état mental nous oblige à constater que, depuis lors, ses facultés intellectuelles et morales se sont progressivement développées, en même temps que les instincts ont subi une modification favorable. Dans un intervalle de sept années, le sieur Claude C... n'a été l'objet d'aucune poursuite judiciaire ; il paraît s'être conduit à peu près normalement durant toute cette période, et cependant, en sa qualité de domestique, les occasions de voler n'ont pas dû lui manquer. Si donc, par hypothèse, les tendances au vol existent toujours chez lui, celles-ci ne présentent pas, dans tous les cas, le caractère de l'irrésistibilité ni par conséquent de l'irresponsabilité.

Conclusions :

1° Le sieur Claude C... est atteint de faiblesse intellectuelle congénitale et héréditaire.

2° Il a la conscience de la portée de ses actes, lesquels ne sont déterminés par aucune influence irrésistible.

3° Sa responsabilité est limitée comme sa capacité morale et intellectuelle.

Dôle, le 20 décembre 1873.

Dr SIZARET.

Nota. Le sieur Claude C... a été condamné à six jours de prison par le tribunal correctionnel de Dôle.

©BIUM

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR UN

ACCIDENT DE CHEMIN DE FER

AYANT ENTRAINÉ UN ACCÈS D'ALIÉNATION MENTALE

Par M. le Dr DUBIAU

Médecin directeur de l'asile d'aliénés
de La Roche-sur-Yon.

Nous soussignés, Jos. Dupuy, chirurgien en chef honoraire de l'hôpital Saint-André, Vergely, professeur suppléant à l'Ecole de médecine, et Cl. Dubiau, médecin en chef de l'asile public des femmes aliénées de Bordeaux, commis par M. Bretenet, président du tribunal civil de cette ville, à l'effet de visiter M. D..., négociant, domicilié rue M..., et de donner notre avis sur son état de santé, et spécialement sur l'état de ses facultés mentales, sur les causes qui ont pu en amener le trouble et sur le début plus ou moins éloigné de leur altération, après avoir prêté serment entre les mains de ce magistrat le 7 juin 1870, nous sommes mis en devoir de remplir le mandat qui nous était confié et avons rédigé le rapport suivant :

§ I. *Historique.*

Le 16 avril 1868, vers les 9 heures du soir, une rencontre eut lieu entre un train de voyageurs et un train de marchandises aux environs d'Agde, sur la ligne du chemin de fer du Midi. Il en résulta un choc violent.

M. D..., négociant à Bordeaux, qui se trouvait dans un compartiment de 2e classe, fut projeté la tête en avant de la banquette antérieure sur la paroi postérieure du com-

©BIUM

partiment. Malgré la secousse éprouvée, il put descendre du wagon et faire à pied, en compagnie d'un autre voyageur et d'un guide, la route d'Agde, longue de 3 kilomètres environ.

Il fut visité, le soir même, à la gare, et, le lendemain matin, à l'hôtel de la Poste, par le médecin de la compagnie qui ne trouva rien de grave dans sa situation et qui l'engagea à poursuivre le cours de son voyage.

M. D..., rassuré par le médecin, s'apprêta à partir et se rendit à la gare. Là, au malaise général qu'il éprouvait depuis l'accident, vinrent se joindre des faiblesses et des flexions involontaires des membres inférieurs qui l'effrayèrent et le déterminèrent à retourner en ville et à consulter un autre médecin. A l'hôtel où il était rentré, en sortant du cabinet du Dr Martin, les troubles augmentèrent et prirent des proportions telles qu'il dut être veillé par un garçon et soigné une partie de la nuit par M. Martin.

M. D... put néanmoins quitter Agde le 18 avec l'autorisation de ce médecin et s'acheminer vers Bordeaux.

Il s'arrêta à Béziers pour faire, devant un juge du tribunal, la déclaration de l'accident et des suites qu'il avait eues pour lui. Il fut visité dans cette ville par trois médecins, un de son choix et deux autres désignés par le juge pour examiner sa situation.

Le 19, il partit de cette ville : il arriva enfin à Bordeaux après une dernière étape faite à Toulouse.

A Bordeaux, M. D... reçut les soins de M. le Dr Denucé qui, après l'avoir traité pendant une quinzaine de jours, conseilla, entre autres prescriptions, à la date du 5 mai, un mois de repos absolu et le séjour à Royan. La santé de M. D... ne s'améliora pas à Royan ; il en revint au contraire plus souffrant, et M. Denucé jugea la situation du malade assez inquiétante pour conseiller, le 21 juin, de le placer dans une maison d'aliénés. La famille, toutefois, sur l'avis d'un autre médecin, M. le Dr Bermond, se décida à

©BIUM

essayer d'un traitement hydrothérapique. En conséquence, M. D... fut installé chez M. Delmas, médecin de l'établissement hydrothérapique de Longchamps; mais il n'y resta que six jours. Il y fit une tentative grave de suicide qui détermina le Dr Delmas à conseiller et la famille à accepter immédiatement de transporter le malade dans une maison d'aliénés.

M. D... séjourna du 26 juin au 22 août dans l'établissement de M. le Dr Desmaisons, consacré au traitement de l'aliénation mentale. Il en sortit convalescent, mais avec la recommandation expresse de s'abstenir pendant longtemps de toute occupation sérieuse.

Depuis cette époque, la santé de M. D... se serait affermie peu à peu. Il aurait pu reprendre une partie de ses occupations; mais il n'aurait plus la même aptitude qu'autrefois au travail; il aurait besoin de grands ménagements et ne serait même pas complétement à l'abri des accidents nerveux qui s'étaient montrés très-intenses au début et pendant les premières périodes de sa maladie.

Tel est dressé, d'après les documents remis entre nos mains, l'exposé sommaire de l'existence de M. D..., depuis le moment de l'accident jusqu'à ce jour.

Nous avons pour mission d'examiner l'état actuel de M. D... au double point de vue physique et mental, et de rechercher les causes qui, de près ou de loin, auraient pu avoir une action sur un trouble de sa raison.

Nous allons procéder à notre expertise, en commençant par constater l'état présent de M. D...

§ II. *Examen direct.*

M. D... est âgé de 49 ans; c'est un homme de moyenne taille, d'une assez forte constitution, qui a les apparences d'une bonne santé. Il porte sur la partie interne de la jambe droite, la cicatrice d'une blessure longue de 6 à 7 centimètres. Sa démarche est naturelle; sa sensibilité tactile

©BIUM

paraît intacte. Les traits de son visage ne reflètent ni exaltation, ni dépression; il y règne une expression de grande douceur. Il parle avec calme et facilité et fait, avec beaucoup de précision, le récit des circonstances qui ont accompagné ou suivi l'accident du chemin de fer. Sa mémoire et son intelligence montrent la même sûreté sur tout autre sujet.

On ne découvre non plus chez lui aucune trace de trouble dans les sentiments ou les affections. Il a, en un mot, les allures, la physionomie et le langage d'un homme qui possède sa raison.

Il se plaint cependant d'avoir moins d'activité qu'autrefois pour le travail, moins de facilité pour le calcul et des absences momentanées de mémoire.

Il accuse aussi l'existence, au sommet de la tête, d'une douleur qui s'éveille, tantôt spontanément, tantôt à la pression, et qui va retentir sur le rachis au niveau des dernières vertèbres dorsales. Il éprouve encore, dit-il, des troubles de la locomotion, nuisant à la marche et se traduisant soit par la flexion des jarrets, soit par de la roideur dans le membre pelvien gauche.

Au sujet de ces symptômes de maladie énumérés par M. D..., nous devons faire cette remarque-ci, qu'ils passent inaperçus pour nos sens, et qu'ils échappent ainsi à notre appréciation et à notre contrôle.

Aussi, ne leur eussions-nous accordé qu'une mince importance et les eussions-nous passés peut-être sous silence, s'ils ne nous avaient été signalés comme le reliquat et l'écho affaibli de désordres beaucoup plus graves qui s'étaient montrés au début et pendant le cours de la maladie dont M. D... aurait été atteint.

Ceci nous amène à étudier l'existence de M. D..., à partir du 16 avril 1868.

§ III. *Etude rétrospective.*

Pour procéder avec ordre à cette étude rétrospective,

©BIUM

nous rechercherons d'abord s'il a existé chez M. D... une altération de la santé après l'accident du chemin de fer : nous apprécierons ensuite la nature et les causes de cette altération ; nous en déduirons en troisième lieu les conséquences.

Documents à consulter : 1° Un certificat du Dr Beauclair, d'Agde (copie).

2° Un certificat du Dr Perréal, de Béziers (copie).

3° Un rapport des Drs Lacroix et Viguier, de Béziers (copie).

Ces pièces ont été transmises par la Compagnie du chemin de fer.

4° Un exposé des faits et circonstances qui ont accompagné et suivi le choc des trains (pièce 4 du dossier).

5° Un rapport légalisé du Dr Martin, d'Agde (pièce 5).

6° Deux lettres de MM. Blachas et Monnier, maîtres d'hôtel à Agde et à Béziers (pièces 6 et 7).

7° Une déposition, recueillie par le commissaire de police, du sieur Oustri Thomas, domestique chez M. Blachas (pièce 8).

8° Deux certificats légalisés et deux consultations du Dr Denucé, de Bordeaux (pièces 9, 10, 11, 12).

9° Un certificat légalisé du Dr Delmas, de Bordeaux (pièce 13).

10° Une consultation du Dr Bermond, de Bordeaux (pièce 14).

11° Deux certificats légalisés; une consultation et deux lettres du Dr Desmaisons (pièces 14 *bis*, 15, 16, 17, 18).

12° Un certificat légalisé du Dr Patoureau, de Nantes (pièce 20).

13° Une attestation légalisée qui porte onze signatures (pièce 21).

14° Un certificat légalisé du Dr (signature illisible), de Nîmes (pièce 22).

©BIUM

Ces pièces, communiquées par la famille de M. D..., sont numérotées à l'encre bleue.

A. *La santé de M. D... s'est-elle trouvée altérée après la rencontre des trains?* — Cette question a divisé les médecins qui ont examiné, les premiers, M. D... Avant toute discussion de leurs avis, il importe de placer sous les yeux du lecteur les pièces où ils les ont consignées.

Adge, le 26 juin 1870. — Je...., déclare avoir, le 16 et le 17 avril 1868, visité M. D... à l'effet de constater son état sanitaire. Ayant reçu M. D... à la gare d'Agde, à sa rentrée pédestre dans cette gare, j'ai pu sans retard juger de sa situation. Or, il résulte de cet examen minutieux que je n'ai pu découvrir la moindre trace physique d'une contusion ou choc sur aucun point de son corps et pas plus à la tête, sur laquelle il portait principalement l'attention et qui n'avait aucune bosselure autre que celle de son imagination exaltée. Une mimique des plus comiques suivit cet examen, et tout dans les paroles du sieur D... me dénota un mal simulé; l'espoir de larges compensations matérielles, je le déclare sincèrement, me fut en même temps itérativement exprimé. Signé : A. Beauclair.

Béziers, le 27 juin 1870. — Je..... certifie :

1° Avoir visité dans mon cabinet et dans le mois d'avril 1870, M. D..., voyageur de commerce, qui m'a dit demeurer à Bordeaux, rue R...

2° Avoir reconnu, après sérieux examen, qu'il n'y avait aucune lésion apparente sur la tête ou aux environs qui pût expliquer les phénomènes nerveux qu'il disait éprouver, d'où je fus obligé de conclure et nous concluons encore aujourd'hui que les douleurs dont il se plaignait étaient imaginaires et simulées, dans un but de spéculation. Signé : Perréal père.

Béziers, 19 avril 1868. — « J'éprouve cette perturbation dans mon être depuis le 15 avril au soir. J'étais ce jour-là dans un train de marchandises. Je ressentis à la partie pos-

©BIUM

térieure de la tête un choc qui me projeta en avant. Depuis ce moment, j'éprouve tous les troubles nerveux dont je viens de vous entretenir. » (Récit de M. D...)

L'examen physique très-détaillé auquel nous nous sommes livrés sur la personne de M. D... n'a pu nous faire découvrir aucune trace apparente de lésion à l'endroit où il nous dit avoir reçu le choc. La peau a sa couleur normale, la percussion sur ce point ne paraît pas réveiller de douleur; le pouls est parfaitement normal; il bat de 76 à 80 pulsations avec un rhythme très-régulier et la peau n'a pas la moindre élévation de chaleur. La respiration n'est pas accélérée. Rien en un mot, dans l'état de M. D..., ne nous montre la cause des symptômes nerveux qu'il accuse. Il ne présente pas le moindre symptôme appréciable qui puisse paraître lié à cette surexcitation.

En résumé, nous ne contestons pas l'existence de phénomènes nerveux chez M. D..., mais nous ne pouvons pas admettre que le choc éprouvé en soit la cause. Tout au plus cet événement, s'il avait déterminé une vive frayeur, aurait-il pu augmenter momentanément un état nerveux habituel et préexistant. Nous le répétons, si nous ne pouvons contester cette surexcitation, rien ne nous prouve qu'elle existe. Signé : Lacroix et Viguier.

Agde, 18 *avril* 1868. — Appelé aujourd'hui, 17 avril 1868, à l'hôtel des Postes pour donner mes soins à M. D..., négociant à Bordeaux, blessé la veille dans un accident de chemin de fer, je soussigné, docteur-médecin, après un examen attentif, ai constaté ce matin à la région sincipitale de M. D... une rougeur ecchymosée sur les bords, de forme irrégulière et d'une surface de 3 à 4 centimètres de diamètre formant une légère tumeur au centre et provoquant une douleur assez vive au moindre contact.

M. D... est dans un état d'exaltation mentale très-prononcée qui alterne avec des moments d'affaissement et d'assoupissement assez prolongés.

©BIUM

Malgré les moyens thérapeuthiques employés, ces symptômes ont continué toute la journée et ont augmenté d'intensité vers le soir où ma présence a été utile jusqu'à une heure assez avancée de la nuit. Déjà des mouvements brusques et involontaires avec affaissement immédiat, ayant leur siége dans les articulations des genoux et plus particulièrement du genou gauche, avaient été observés dans la journée et m'avaient inspiré des craintes sur les suites ultérieures de cet accident.

Le 18 au matin, la claudication ou mieux les génuflexions de M. D... sont plus fortes et plus fréquentes, il a plus de difficulté à se relever.

De cet examen, je suis amené à conclure que les symptômes observés chez le malade sont le résultat incontestable d'une forte commotion exercée sur le cerveau, dont l'ébranlement s'est communiqué à la moelle épinière; que c'est à la lésion de cette dernière partie surtout qu'il faut rapporter les désordres constatés dans les membres inférieurs; enfin que cet ébranlement cérébral a eu pour cause directe l'accident du chemin de fer arrivé le 16 de ce mois, M. D... déclarant jouir de la plus parfaite santé antérieurement à ce jour. Signé : Martin.

Trois opinions différentes se dégagent de la lecture de ces rapports.

La première, qui est émise par les Drs Beauclair et Perréal, médecins de la Compagnie du chemin de fer, repousse toute idée de lésion, soit matérielle, soit fonctionnelle chez M. D... et se prononce catégoriquement pour une simulation.

La seconde, qui est partagée par les Drs Lacroix et Viguier, chargés par un magistrat d'examiner M. D... est moins affirmative. L'idée d'une simulation semble bien s'être aussi présentée à l'esprit de ces médecins, mais ils ne la formulent pas nettement. Ils se bornent à conclure que rien ne prouve que la surexcitation de M. D... soit réelle; et que, si elle

©BIUM

existe réellement, elle doit être attribuée à toute autre chose qu'au choc éprouvé.

La troisième, qui est celle du Dr Martin, se prononce au contraire pour la réalité d'accidents morbides chez M. D... et les impute à l'accident de chemin de fer.

Le rapport du Dr Martin a une grande importance à nos yeux à cause des détails circonstanciés qu'il renferme et des conditions particulières où s'est trouvé cet observateur. M. Martin décrit, en effet, avec beaucoup de précision topographique, une lésion matérielle sur le cuir chevelu de M. D... et énumère les phénomènes nerveux qu'il a vus se dérouler sous ses yeux dans plusieurs visites et notamment pendant une partie de la nuit du 17 au 18 avril qu'il a passée auprès de lui à l'hôtel de la Poste d'Agde.

Son opinion bien arrêtée sur l'état de maladie de M. D... se trouve corroborée du reste par celle des hôteliers, qui ont logé M. D... à Agde et à Béziers, et par celle de plusieurs autres médecins qui ont été appelés postérieurement à lui donner des soins ou à émettre leur avis sur son état de santé.

M. Blachas, maître d'hôtel à Agde, écrit en effet (pièce 6) que M. D... passa une très-mauvaise nuit, pendant laquelle un de ses domestiques resta auprès de lui : qu'on l'a vu très-souffrant ; que ses jambes fléchissaient à chaque instant et que de ce fait il était même resté une certaine impression sur l'esprit d'un de ses enfants qui s'en était amusé pendant quelque temps, en contrefaisant ce monsieur.

Le sieur Thomas Oustri, domestique de l'hôtel, dépose que M. D..., qui occupa la chambre nº 8, était dans un état de souffrance visible ; qu'il avait dû le veiller et appeler un médecin ; qu'il criait sans cesse qu'il était perdu, qu'il s'agitait convulsivement dans son lit au point qu'on l'aurait dit fou ; qu'il l'avait veillé une deuxième nuit, et que les symptômes de souffrance s'étaient traduits de la même manière. Il ajoute qu'il l'avait cru fou.

M. Monnier, maître d'hôtel à Béziers, écrit de son côté

©BIUM

(pièce 7) qu'on fut impressionné le samedi 18 avril, de l'état dans lequel M. D... était, alors que quelques jours avant il l'avait vu bien portant ; qu'il marchait péniblement et semblait ne pas pouvoir tenir sur ses jambes ; qu'il passa une nuit très-agitée et leur donna des inquiétudes.

Parmi les témoignages des hommes de l'art nous devons citer:

1° Celui de M. Denucé qui, à la date du 5 mai 1868 (pièce 9), fait les prescriptions suivantes : repos absolu pendant un mois ; séjour à Royan, bains quotidiens d'eau douce suivis d'une douche froide ; purgations hebdomadaires, antispasmodiques, tempérance et cessation de tout travail d'affaires et de toute contention d'esprit;

2° Celui du Dr Guillon, de Royan (31 mai 1868, pièce 11), qui déclare avoir été appelé à donner des soins à M. D... pour une affection des centres nerveux ; qu'il l'a vu en proie à des mouvements convulsifs des membres inférieurs principalement;

3° Celui du Dr Bermond (17 juin 1868, pièce 14), qui, consulté au sujet de M. D..., parle d'une perturbation nerveuse existant chez lui et se traduisant par des mouvements brusques, saccadés, involontaires des membres inférieurs principalement.

Avec des opinions aussi concordantes que celles que nous venons de rapporter et qui appartiennent à des hommes qui ont vu M. D... à des époques plus ou moins éloignées de l'accident, il nous semble impossible d'hésiter à considérer comme parfaitement établi ce premier point que la santé de M. D... s'est trouvée altérée à partir du 16 avril 1868.

D'où peuvent donc provenir d'une part le doute qui s'est élevé dans l'esprit des médecins experts de Béziers et, d'autre part, la ferme croyance exprimée par les médecins de la Compagnie que M. D... simulait sa maladie? C'est ce qu'il importe de chercher à expliquer.

Dans les faits jusqu'ici connus de la maladie de M. D..

©BIUM

il y a deux ordres de phénomènes, un ébranlement des centres nerveux et des manifestations convulsives.

L'ébranlement cérébral peut exister au début à l'état latent et ne se révéler que par moments et par crises : il peut donc n'être pas appréciable à tout instant.

Les convulsions s'imposent bien immédiatement aux sens ; elles commandent d'emblée l'attention, mais personne n'ignore que l'intermittence est un de leurs caractères propres et qu'elles ne se montrent habituellement que par intervalles plus ou moins éloignés.

En partant de cette donnée, quoi de plus naturel que de supposer que les Dr, Beauclair, Perréal, Lacroix et Viguier ont vu le malade dans des moments de calme, et que le Dr Martin, qui l'a suivi de près et qui a passé une partie de la nuit auprès de lui, s'est trouvé par cela même dans des conditions plus favorables que ses confrères pour bien voir et bien observer. C'est cette même considération qui nous fait accorder aussi une valeur réelle aux témoignages des maîtres d'hôtel Blachas et Monnier et du domestique Oustri.

Il est un autre point qui semblerait devoir être à l'abri de toute contestation parce qu'il s'agit d'un fait matériel qui est du ressort des yeux, et sur lequel cependant le désaccord existe : nous voulons parler de la lésion physique qu'aurait déterminée sur M. D... le choc des trains.

Tandis que le Dr Martin mentionne une altération de la peau au sommet de la tête, ses confrères déclarent n'avoir rien constaté sur le cuir chevelu.

De la part de MM. Beauclair et Perréal, l'affirmation est trop généralisée et trop sommaire pour pouvoir rien enlever de sa valeur à la description précise et circonstanciée, faite par le Dr Martin, de cette lésion.

MM. Lacroix et Viguier ont apporté une attention spéciale sur le derrière de la tête, où M. D... plaçait, suivant eux, le siége et le point d'irradiation de ses douleurs et

©BIUM

n'y ont rien trouvé. Ils parlent de la région occipitale. M. Martin décrit à la région sincipitale : faut-il s'étonner dès lors s'ils ne se trouvent pas d'accord ?

Un gonflement léger et de peu d'étendue, même avec teinte ecchymosée sur les bords, mais masqué par les cheveux, a pu parfaitement bien échapper à leurs investigations, surtout si leur attention a été attirée sur un autre point d'une manière particulière.

Les traces de la lésion ont été d'ailleurs remarquées postérieurement, à Bordeaux, par le Dr Denucé qui dit « que le choc à la tête a laissé pendant quelques jours des traces ecchymotiques » (pièce 10).

B. *Nature et causes de la maladie.* — Les médecins, dont nous avons jusqu'ici invoqué le témoignage, ont été frappés surtout des phénomènes somatiques présentés par M. D...

Les Drs Guillon et Bermond parlent exclusivement des accidents convulsifs. Le Dr Martin leur réserve aussi une place assez large dans sa description ; mais il signale en outre un état d'exaltation mentale très-prononcée qui alternait avec des moments d'affaissement.

Le Dr Denucé qui n'a vu le malade que quelques jours plus tard, mentionne également une exaltation cérébrale difficile à calmer, accompagnée de perte de sommeil et de délire maniaque qui met M. D... dans l'impossibilité absolue de s'occuper de ses affaires.

Cette situation pathologique spéciale que nous voyons se dessiner immédiatement après l'accident, augmente graduellement d'intensité et finit par nécessiter la séquestration.

A la date du 21 juin, le Dr Denucé déclare, en effet (pièce 12), qu'il devient très-difficile de soigner M. D... chez lui, que des accidents graves peuvent survenir, faute d'une surveillance suffisante, et qu'il paraît de toute opportunité qu'il suive un traitement dans une maison spéciale de santé.

Les prévisions de ce médecin devaient promptement se

©BIUM

réaliser : à l'établissement hydrothérapique de Longchamps, où il fut conduit sur les conseils du Dr Bermond, le malade parvint à tromper la surveillance, s'arma d'un rasoir et se fit à la jambe droite, au niveau d'une veine variqueuse, une plaie, longue d'environ 10 centimètres, qui détermina une hémorrhagie très-abondante, par suite de laquelle sa vie fut en péril.

Cette tentative de suicide provoqua immédiatement son internement dans une maison d'aliénés.

Le Dr Desmaisons, chez qui il fut placé, constate (pièce 14 *bis*), la gravité de la situation présentée par M. D..., le trouble profond de ses idées, et ses impulsions au suicide, qui le porteraient, dit-il, à recommencer à attenter à ses jours, s'il n'était soumis jour et nuit à une surveillance rigoureuse.

Il résulte de ce qui précède, que la maladie dont a été affecté M. D... après l'accident du 16 avril, est une commotion, un ébranlement du système nerveux, qui s'est traduit par des mouvements convulsifs et par un accès d'aliénation mentale.

A quelle cause convient-il de rapporter l'explosion de cet accès de folie?

Si l'on excepte les médecins de la Compagnie qui nient l'existence de tout accident morbide et les Drs Lacroix et Viguier qui doutent de la réalité des symptômes observés, tous les autres médecins qui se sont préoccupés de remonter à la cause, l'imputent à l'accident de chemin de fer. Il nous suffira, pour édifier le lecteur à cet égard, de renvoyer aux pièces 5, 10, 11, 14, où se trouvent exprimées les opinions des Drs Martin, Denucé, Guillon et Bermond.

Pour être légitime, cette conclusion doit remplir deux conditions; il faut que la maladie ait apparu à une époque postérieure à l'accident soupçonné de l'avoir produite; il faut en outre qu'il soit reconnu que l'accident en question peut produire des effets semblables.

©BIUM

En consultant les traités spéciaux, on voit que le traumatisme figure au nombre des causes de l'aliénation mentale. Il nous suffira de citer quelques noms parmi les nombreux auteurs qui ont signalé cette cause.

Guislain évalue sa fréquence à 3 pour mille environ. Parchappe n'a rencontré qu'un cas de traumatisme sur 474 observations. Esquirol en mentionne 14 cas sur 466 observations et Schlager 49 sur 500.

Bien que diversement évaluée par ces aliénistes d'après les faits de leur pratique particulière, on peut dire que la fréquence du traumatisme est faible dans l'étiologie de l'aliénation mentale; mais cette cause de folie existe réellement et cela suffit pour le sujet qui nous occupe en ce moment.

L'argument à tirer de la date de l'explosion de la maladie a aussi une grande importance.

On comprend sans peine que l'interprétation à donner doive être différente, selon que son explosion aura été antérieure ou postérieure à l'accident du 16 avril.

C'est donc à déterminer ce moment précis que nous devons donner ici nos soins.

Les Drs Lacroix et Viguier, en se plaçant dans l'hypothèse de la réalité d'accidents morbides chez M. D..., estiment qu'il devait y avoir chez lui un état nerveux habituel et préexistant, que le choc aurait eu simplement pour résultat d'augmenter momentanément.

Un agent de la Compagnie, M. L..., nous a rapporté un bruit vague, d'après lequel M. D... aurait été fou, avant l'accident du 16 avril 1868.

Afin de contrôler ces assertions qui ne sont pas données comme certaines, il faut bien en convenir, nous avons fait les démarches qu'il nous était dignement possible de faire; nous avons obtenu de consulter à la préfecture les dossiers des aliénés, et nous avons acquis la certitude qu'avant la date du 26 juin 1868, M. D... n'avait été, dans

©BIUM

la Gironde du moins, l'objet d'aucun internement dans une maison d'aliénés.

Nous avons engagé l'agent de la Compagnie qui s'est mis en rapport avec nous, à prendre des informations ailleurs, à Nantes particulièrement, où M. D... est né et a passé la plus grande partie de sa vie, et à y faire rechercher si lui ou quelque membre de sa famille avait été atteint d'aliénation mentale.

L'élucidation de ce point présentait, selon nous, un intérêt particulier; car s'il eût été prouvé que M. D... subissait une prédisposition vésanique par le fait d'une atteinte antérieure ou par le fait d'une transmission héréditaire, l'influence de la commotion, résultant de la rencontre des trains, se serait trouvée diminuée dans une notable proportion à nos yeux.

Nous avons longtemps différé de rédiger ce rapport pour attendre la communication du résultat de ces recherches conseillées à la Compagnie; mais nous avons attendu jusqu'ici en vain; aucun fait n'a été porté à notre connaissance qui vînt confirmer les soupçons plus haut mentionnés.

Ce silence de la partie intéressée doit être interprété en faveur de M. D...

Il existe d'ailleurs au dossier des documents où il est affirmé que M. D... a été à l'abri de tout accident cérébral, avant le 16 avril 1868.

Ces documents sont : 1° Un certificat (pièce 20) du Dr Patoureau, chirurgien en chef des hospices de Nantes, qui déclare avoir été le médecin de M. D... depuis son enfance jusqu'à son départ pour Bordeaux, et n'avoir jamais vu d'affection cérébrale chez lui.

2° Un certificat du Dr Denucé (pièce 10), qui atteste aussi qu'il n'a jamais constaté d'excitation cérébrale chez M. D... depuis cinq ans qu'il est son médecin à Bordeaux.

A ces témoignages, nous devons ajouter ceux de 11 per-

©BIUM

sonnes qui attestent (pièce 21) avoir vu M. D... les 15 et 16 avril et avoir fait avec lui leurs affaires comme à l'ordinaire, et celui d'un médecin de Nîmes qui dit (pièce 22) avoir été consulté par M. D... le 15 avril, et n'avoir constaté chez lui qu'une simple indisposition gastrique.

D'après ces faits et dires, il demeure prouvé pour nous, d'une part, qu'avant le choc subi, M. D... n'avait ressenti aucun trouble dans ses facultés mentales; et d'autre part, que la science a enregistré des faits où une commotion physique a entraîné des désordres analogues à ceux qui ont été constatés chez M. D... Nous nous croyons donc en droit de conclure que l'ébranlement nerveux qu'il a éprouvé est postérieur à l'accident du 16 avril et qu'il a été produit par cet accident.

Simulation. — Ici se place une question incidente qui a été soulevée par les médecins de la Compagnie et que nous devons discuter avant d'aller plus loin : il s'agit de la simulation.

M. D... n'est pas malade. Il simule sa maladie dans un but de spéculation contre la Compagnie ; tel est le sens des certificats des Drs Beauclair et Perréal. Que peut-il y avoir de fondé dans une pareille assertion? Recherchons-le.

Dans une question de ce genre, il y a deux choses à considérer; le but à atteindre et les moyens employés.

Ce n'est qu'en vue d'un intérêt personnel, matériel ou moral, qu'un individu peut être amené à feindre une maladie qu'il n'a pas.

L'intérêt serait ici matériel. M. D... aurait visé à obtenir de la Compagnie une compensation pécuniaire pour un prétendu dommage subi dans sa santé et dans son commerce.

Or, que serait-il advenu ? C'est qu'en simulant l'aliénation mentale, M. D... serait allé à l'encontre du but poursuivi : pour courir après un avantage aléatoire, il se serait porté un tort réel et si considérable que nous mettons en doute qu'il eût pu en être indemnisé.

©BIUM

La folie est, en effet, comme une sorte de lèpre morale qui laisse une tache indélébile sur les individus qu'elle a touchés. Rien ne peut rassurer complétement contre l'éventualité des rechutes, elle demeure suspendue comme une épée de Damoclès sur la tête de ses victimes; c'est ce qui explique les préventions qu'inspirent les individus que cette maladie a frappés : et M. D..., en simulant la folie, devait susciter contre lui, pour le présent et l'avenir, les justes défiances des personnes avec lesquelles il était ou pourrait être en relation d'affaires et cela au grand préjudice de son commerce.

Les considérations morales sont donc défavorables à l'idée de simulation. En est-il de même de celles empruntées aux moyens de simulation ?

Si tout s'était borné aux phénomènes convulsifs des premiers moments, nous concevrions que le doute eût pu être sérieusement élevé. Il est avéré, en effet, que les affections convulsives sont de celles qui se prêtent le mieux à la simulation. Mais il y a dans le cas qui nous occupe autre chose que des phénomènes convulsifs; il y a un accès de folie, une altération profonde des facultés mentales. Or, dans les divers modes de l'aliénation, les symptômes se groupent en vertu d'un certain agencement et d'un certain ordre, si l'on peut s'exprimer ainsi, qu'ignorent les simulateurs. Ces derniers, en général, sont convaincus que le plus sûr moyen de paraître fou, c'est de se livrer à des actes de la plus grande extravagance et d'émettre des idées baroques qui n'aient entre elles ni lien ni cohésion. C'est par là qu'ils se dévoilent habituellement.

Privés nous-mêmes de détails précis sur la symptomatologie de l'accès de M. D...; nous avons consulté M. le docteur Desmaisons qui a suivi de près la plus grande partie de sa marche et de son évolution. Or, il résulte des renseignements verbaux qu'il nous a fournis que les allures de cet accès n'ont trahi aucun indice de simulation, et que l'idée

©BIUM

d'une feinte n'aurait jamais pu naître dans l'esprit d'un observateur.

Cette opinion d'un spécialiste a certainement une très-grande portée, mais il est une chose qui en a une tout aussi grande pour le moins et qui nous semble constituer à elle seule une preuve péremptoire : c'est la tentative de suicide que M. D... a commise dans l'établissement hydrothérapique de Longchamps. La promptitude des secours a pu seule le sauver d'une mort inévitable, au dire du docteur Delmas. Or, est-il possible d'admettre que le mobile de l'intérêt soit assez puissant chez un simulateur, pour le porter à se faire une blessure grave et surtout à choisir une veine variqueuse dont la section peut entraîner la mort? Nous ne le pensons pas.

Ecartons donc l'hypothèse d'une simulation et concluons que la maladie de M. D... était bien réelle.

C. *Conséquences.* — Les unes sont immédiates, les autres médiates.

Les premières, sous la dépendance directe de la commotion reçue, comprennent : l'ébranlement des centres nerveux, les mouvements convulsifs et l'altération des facultés mentales qui se complique de tendances fâcheuses au suicide ; d'où, pour la famille, l'impérieuse nécessité de recourir à l'isolement et à la séquestration du malade.

Ces accidents appartiennent à une période qui commence au 16 ou au 17 avril et qui finit au mois d'août 1868.

Les conséquences médiates, qui font suite aux accidents de la première période, se caractérisent par une susceptibilité maladive particulière du système nerveux, sur laquelle les médecins attirent l'attention et qui a eu pour résultat de réduire pour assez longtemps encore M. D... à une impuissance ou absolue ou relative pour le travail.

Ecoutons à cet égard l'opinion du docteur Desmaisons :

Dans une lettre écrite à Mme D... (21 août 1868, pièce 15), il s'exprime ainsi :

©BIUM

« Pour être hors de l'enceinte de la maison de santé, le » convalescent n'est ni plus sûr de ne pas retomber, ni » plus libre de ne pas prendre les précautions que le ré- » tablissement de sa santé exige impérieusement. »

Au nombre des précautions conseillées, M. Desmaisons indique *la cessation absolue* du travail d'affaires et un séjour à la campagne; loin de Bordeaux, prolongé jusqu'à l'hiver.

L'inobservation de ces conseils et la dislocation du personnel de la maison de commerce raniment l'acuïté des troubles nerveux et déterminent une rechute constatée par le docteur Desmaisons au mois de novembre 1868 (pièce 18). Ce médecin insiste plus vivement que jamais sur la nécessité du repos d'esprit, et dans une lettre adressée au beau-frère de M. D... (pièce 17), il fait part de ses craintes sérieuses sur la santé du malade qui lui paraît gravement compromise.

Le docteur Denucé recommande aussi (pièce 19) de faire renoncer, momentanément du moins, M. D... d'une manière absolue aux affaires.

La durée de cette dernière période ne peut pas être déterminée par nous d'une manière précise, faute d'indications positives; nous estimons toutefois que les nouveaux désordres apparus en novembre ont dû se prolonger avec plus ou moins d'intensité jusqu'au printemps de l'année 1869.

D'après M. D... et sa famille, ils auraient eu une plus longue durée et la susceptibilité nerveuse ne serait pas encore complétement éteinte. La chose est possible; mais dans les circonstances où a dû se faire notre examen, c'est-à-dire à moments distancés et relativement courts, nous n'avons pu vérifier exactement le fait; et la position de plaignant de M. D... ne nous permet pas d'ajouter une foi absolue à ses paroles.

Conclusions. — Nous avons rempli le cadre que nous avions assigné à notre travail; il ne nous reste qu'à tirer de

©BIUM

ce rapport les conclusions que nous formulerons ainsi qu'il suit :

1° A la suite de l'accident de chemin de fer du 16 avril 1868, la santé de M. D... s'est trouvée gravement compromise : son système nerveux a été ébranlé, ses facultés mentales troublées et sa raison bouleversée au point qu'il a tenté de mettre fin à ses jours par le suicide ;

2° Des témoignages divers établissent : 1° que M. D... se portait bien et vaquait comme d'habitude aux soins de ses affaires pendant les jours qui ont précédé la rencontre des trains ;

2° Qu'aucun trouble mental n'a été observé chez lui pendant le cours de son existence soit à Nantes, soit à Bordeaux, jusqu'au jour de l'accident;

3° Il n'est produit aucune preuve contraire pour infirmer ces assertions. Il est donc logique d'imputer l'altération de sa santé et de ses facultés à la commotion résultant du choc des trains, et cela avec d'autant plus de raison qu'il existe dans la science des cas d'aliénation mentale produits par des causes physiques, telles que chocs, coups, blessures;

4° Les conséquences de l'accident ont été pour M. D... une incapacité plus ou moins absolue pour le travail pendant un an environ. Elles se sont aggravées de tout le discrédit moral que jette sur la vie d'un homme une première atteinte de folie;

5° Actuellement M. D... paraît jouir de sa raison et d'une santé physique satisfaisante. Mais, par le fait seul d'un premier accès d'aliénation mentale, il est prédisposé à une récidive. Pour s'y soustraire, il doit s'observer, se ménager et mettre tous ses soins à se garder de tout excès de travail et à éviter de trop longues et de trop fortes contentions d'esprit.

Signé J. Dupuy, Vergely
et Dubiau, *rapporteur*.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médico-psychologique.

Séance générale annuelle du 26 avril 1875. — Présidence de M. Blanche.

M. le chevalier Ponza, directeur du manicôme d'Alexandrie (Italie), membre associé étranger; M. Semal, médecin-directeur de l'asile de Mons (Belgique) et M. Mordret, médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe), assistent à la séance.

La parole est à M. le secrétaire pour la lecture du procès-verbal :

Le procès-verbal est adopté.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

Le Secrétaire général dépouille la correspondance, qui comprend :

1° Un petit travail de M. Cullère, médecin adjoint à l'asile d'Auxerre, intitulé : *Note sur l'absence partielle du corps calleux et du trigone cérébral chez une idiote sourde-muette* et que M. Motet s'est chargé d'analyser;

2° Une lettre de M. Christian, médecin adjoint de l'asile de Montdevergues, qui s'excuse de n'avoir pu se rendre à la séance annuelle à laquelle on l'avait convié;

3° Un numéro du *Bulletin de la Société de médecine* de la Sarthe;

4° Trois numéros de la *Tribune* (11, 15, 18 avril 1875).

Rapport sur le prix Aubanel.

M. Falret lit le rapport suivant, au nom de la Commission du prix Aubanel.

Messieurs,

Vous avez chargé une Commission composée de MM. Baillarger, Blanche, Motet, Legrand du Saulle, Dally, Linas et moi, d'examiner les mémoires envoyés à la Société pour le prix Aubanel et de décerner aux candidats le prix de 2,400 fr. dont la Société pouvait disposer cette année, soit en entier,

©BIUM

soit par fractions selon le mérite relatif des divers mémoires.

Je viens aujourd'hui, Messieurs, vous rendre compte des délibérations de cette Commission et des motifs qui ont présidé à nos déterminations.

Nous nous sommes réunis cinq ou six fois.

Nous avons d'abord examiné les mémoires isolément; nous les avons ensuite discutés en commun et nous venons aujourd'hui vous communiquer le résultat de notre examen.

Nous devons tout d'abord, Messieurs, nous féliciter du niveau général de ce concours qui a donné lieu à six mémoires (chose rare aujourd'hui dans les Sociétés savantes), qui présentent tous, à des degrés divers, un réel intérêt, de véritables qualités de travail et d'observation et qui font honneur à la génération médicale actuelle. Ces mémoires indiquent, en effet, chez leurs auteurs, la connaissance exacte du sujet à traiter et l'observation clinique sérieuse des diverses formes de l'aliénation mentale.

Nous pouvons même dire avec vérité, que ce concours est plus sérieux que la plupart des concours du même genre et que nous avons éprouvé un véritable embarras, pour déterminer avec équité le mérite relatif des divers candidats.

Ce concours aura eu l'avantage de produire d'intéressantes monographies qui mériteront, à divers titres, d'être imprimées, après avoir été toutefois complétées et améliorées par leurs auteurs, et qui contribueront à perfectionner, l'étude de la question difficile et vraiment ardue que la Société avait posée et que les candidats ont traitée avec plus de développements et d'aperçus nouveaux qu'on n'en aurait attendu sur un pareil sujet.

La question posée était, en effet, ainsi conçue : « Des troubles de la sensibilité générale dans les diverses variétés du délire mélancolique, et surtout dans le délire hypochondriaque, et le délire de persécution. »

Cette question paraît simple et limitée à première vue ; au fond elle est plus ardue et plus complexe qu'elle ne le paraît au premier abord. Plus on y réfléchit, plus on y découvre d'aspects nouveaux, de difficultés imprévues et d'applications multipliées. On doit donc savoir gré aux auteurs des divers mémoires que nous avons eu à examiner, d'avoir compris l'étendue et l'importance de la question, d'en avoir abordé les différents aspects et de n'avoir reculé devant aucune des difficultés du problème à résoudre. On peut même ajouter, avec vérité, pour

©BIUM

quelques-uns d'entre eux, qu'ils ont réellement fait faire un pas à la solution de cette question délicate, et qu'ils ont fourni des éléments précieux qui permettront d'arriver, plus tard, à sa solution définitive.

Toutefois, Messieurs, tout en rendant à tous la justice que méritent leur travail et leur véritable esprit d'observation clinique, nous avons dû établir parmi eux des distinctions et un classement hiérarchique, décerner aux uns les récompenses et aux autres de simples encouragements. Tout en tenant compte à tous de leurs efforts laborieux et de leur bonne volonté, nous avons dû distinguer pourtant ceux qui se sont bornés à collectionner des faits bien choisis, coordonnés d'après les données de la science actuelle, de ceux qui ont émis des vues originales ou des opinions nouvelles, de ceux surtout qui nous ont paru avoir réellement fait avancer la question, et avoir approché de sa solution.

Nous vous devons compte, Messieurs, au moins d'une manière abrégée, du résultat de cet examen comparatif, des motifs de nos préférences et de nos décisions. Nous devons chercher à justifier devant vous nos déterminations, en passant en revue les points fondamentaux étudiés dans les six mémoires que nous avons eu à examiner, leurs caractères spéciaux, ainsi que les résultats particuliers auxquels ils ont abouti, et arriver ainsi à l'appréciation exacte de leur valeur absolue et de leur valeur relative.

Ce sera là, Messieurs, l'objet de ce rapport.

Le mémoire n° 1 est le moins important de tous. Il n'a que 58 pages et est intitulé *Études sur la lypémanie*. Il porte donc un peu à côté de la question mise au concours. L'auteur s'est proposé de démontrer que chez les lypémaniaques, les désordres dans les actions et dans les idées ne sont, grâce au mécanisme physiologique, que des conséquences inévitables d'une aberration dans les phénomènes émotifs.

Après avoir tracé un tableau comparatif des principaux caractères de l'hypochondrie et du délire de persécution et avoir très-incomplétement démontré les analogies qui existent entre ces deux affections, l'auteur expose les différents modes de manifestation des phénomènes émotifs et leurs conditions habituelles de production, puis il recherche le rôle que jouent les émotions dans les actions humaines. Abordant ensuite l'étude des illusions et des hallucinations dans la lypémanie, l'auteur émet cette opinion que l'illusion est une erreur dans la manière

©BIUM

de juger et qu'elle est la conséquence immédiate de toute émotion exagérée et intempestive et que l'hallucination est une manière vicieuse de sentir et qu'elle est une conséquence immédiate de toute émotion excessive. Pour lui, les illusions et les hallucinations, qui dérivent d'une même émotion, ont une harmonie naturelle qui fait que les unes fournissent toujours aux autres des motifs plausibles, et de là naissent, dit-il, les convictions erronées.

L'auteur paraît assez familiarisé avec le langage et les habitudes de la psychologie, mais il n'a pas suffisamment insisté dans ce mémoire sur le côté clinique de la question qui aurait dû être précisément l'objet principal de son étude. Il ne s'appuie sur aucune observation personnelle et se borne à citer çà et là quelques fragments de faits publiés par les auteurs. Ce travail renferme quelques aperçus originaux, mais très-discutables et il ne présente pas par conséquent les qualités essentielles que la Société devait rechercher dans les mémoires soumis à son examen.

Le mémoire n° 2 est plus sérieux et plus important. Il a 328 pages d'écriture, il est vrai très-peu serrée, mais il est essentiellement clinique et contient 75 observations dont un grand nombre accompagnées d'autopsie.

L'auteur de ce mémoire a abordé successivement et d'une manière très-convenable les divers aspects du sujet, en citant des observations à l'appui de chacun de ses chapitres. Il a d'abord fait l'étude physiologique et psychologique de la sensibilité générale.

Dans un second chapitre, il a étudié les troubles de la sensibilité générale, ainsi que les illusions et les hallucinations, envisagées en général dans tous les états où l'on peut les observer. Puis abordant alors la question spéciale soumise à son examen, il a successivement étudié, dans trois chapitres distincts, les troubles de la sensibilité générale dans le délire mélancolique, dans le délire hypochondriaque et dans le délire des persécutions, en citant beaucoup d'observations personnelles à l'occasion des divers paragraphes de chacun de ces chapitres.

Enfin, il a terminé ce travail par quelques considérations générales sur les influences psychiques et somatiques des troubles de la sensibilité générale, sur les affections concomitantes, consécutives et intercurrentes, et sur les rapports qui existent entre les manifestations délirantes et la marche des lésions organiques ou fonctionnelles qui en sont la cause ou l'effet.

©BIUM

Le programme posé par la Société a donc été abordé par l'auteur sous ses divers aspects.

Mais, ce qui manque surtout à ce mémoire c'est un cachet d'originalité. Les observations très-nombreuses recueillies par l'auteur, et très-souvent accompagnées d'autopsie, chose rare en pareille occasion, sont en général trop courtes et ne contiennent presque aucun caractère particulier qui justifie leur publication. L'auteur y mentionne les faits habituels et bien connus de l'histoire de la mélancolie, de l'hypochondrie ou du délire de persécution, mais ses observations n'ont ni originalité, ni individualité. Quant aux considérations générales physiologiques, psychologiques ou cliniques, dispersées dans le mémoire ou placées à la suite des observations, elles résument assez bien l'état de la science sur chacun des points étudiés par l'auteur, mais ne présentent généralement rien de nouveau ni d'original.

Ce mémoire, qui a exigé un grand travail au point de vue des observations et surtout des nombreuses autopsies qu'il contient, n'offrait donc pas cependant les conditions principales que nous devions exiger, puisqu'il ne présentait aucune idée nouvelle, ni aucun point de vue original sur le sujet soumis à l'examen de l'auteur.

Il en est bien autrement du mémoire n° 3, que nous avons maintenant à examiner. On peut faire son éloge en une seule phrase en disant de lui : non-seulement il renferme un exposé très-complet et très-bien coordonné de l'état de la science, mais à chaque page il contient quelque vue nouvelle et, de plus, il fait penser le lecteur en même temps qu'il expose les vues propres de l'auteur.

Ce mémoire contient 94 pages, d'une écriture extrêmement serrée, qui représentent bien le double de pages en écriture ordinaire.

Il renferme en outre 45 observations prises avec soin, très-intéressantes et surtout parfaitement en rapport avec chacun des points de fait ou de doctrine que l'auteur cherche à démontrer.

Ce mémoire, essentiellement clinique, contient aussi de nombreuses considérations générales, physiologiques, psychologiques et pathologiques, et un grand nombre de vues originales sur les divers aspects du sujet.

Il a surtout le grand mérite d'être bien classé et bien coordonné.

©BIUM

Chacune de ses parties est bien proportionnée avec l'ensemble; chaque idée y est bien à sa place et n'est pas inutilement répétée ailleurs : tous les faits psychologiques et pathologiques concourent à y démontrer la même thèse que l'auteur cherche à établir. Le lecteur y est conduit progressivement, de démonstration en démonstration, jusqu'aux conclusions placées à la fin du mémoire, qui sont bien formulées et qui en résument parfaitement toutes les parties.

En résumé, c'est un mémoire bien pensé, mûrement réfléchi, bien coordonné et qui ne sent pas, comme les autres mémoires, soumis à notre examen, la hâte et la précipitation dans la conception du sujet ni dans sa rédaction.

Pour en avoir une notion complète il importerait de le lire d'un bout à l'autre; car il contient, à chaque page, des considérations intéressantes ou des aperçus originaux qu'il est impossible de faire figurer dans un résumé; mais il suffit de lire les deux pages de conclusions, placées à la fin de ce mémoire, pour se faire une idée assez exacte des opinions de l'auteur et de la variété des questions qu'il a abordées.

La pensée générale de ce mémoire est assez bien formulée dans l'épigraphe que l'auteur a empruntée à Guislain :

« L'aliénation est à bien considérer, une douleur; le malheur est au fond du plus grand nombre des vésanies (Guislain, *Phrénopathies*, p. 158). »

L'auteur appliquant plus spécialement cet aphorisme à la mélancolie qui fait l'objet de son travail, arrive à cette conclusion générale que toutes les mélancolies ont pour base la douleur, c'est-à-dire une lésion de la sensibilité générale et que celles mêmes qui sont dues à des causes morales ont également sinon pour origine, du moins pour conséquence, un trouble de la sensibilité générale.

Pour l'auteur, il existe deux espèces principales de mélancolie et d'hypochondrie : la mélancolie et l'hypochondrie sans délire, qui consistent uniquement dans une lésion de la sensibilité générale produisant dans un cas la tristesse et dans l'autre le sentiment de maladie, et la mélancolie ou l'hypochondrie délirantes, dans lesquelles le trouble des idées se surajoute au trouble de la sensibilité générale, ou pour me servir des expressions de l'auteur, dans lesquelles *la douleur se concrète en idée délirante*. L'auteur ne se borne pas à résumer ainsi son opinion clinique sur les deux degrés successifs de la mélancolie et de l'hypochrondrie; il y recherche une base pour

©BIUM

le pronostic. La mélancolie ou l'hypochondrie sans délire, c'est-à-dire reposant sur une lésion simple de la sensibilité générale, guérissent souvent, tandis que lorsque le délire est venu se surajouter à cette lésion purement nerveuse, la guérison est beaucoup plus rare ; elle n'est même plus guère possible quand le délire est arrivé à se systématiser. Partant de cette donnée clinique et de cet axiome de pronostic, l'auteur cherche à s'élever plus haut encore, c'est-à-dire jusqu'à l'interprétation physcologique de ce fait clinique et il s'exprime ainsi : « Pourquoi cette différence de pronostic dans les deux cas ? On peut supposer que dans le premier cas, la lésion cérébrale reste limitée aux foyers percepteurs de la sensibilité (couches optiques de Luys), tandis que dans le second, elle s'étendrait aux hémisphères cérébraux et à la couche corticale ». On pourrait dire encore, dit l'auteur dans une autre partie de son travail, que, dans la mélancolie simple, l'exaltation douloureuse reste concentrée dans la sphère sensitive du cerveau, qu'elle s'irradie sur le système nerveux ganglionnaire dans l'hypochondrie et sur le système spinal dans la mélancolie active et passive.

Il nous serait impossible, Messieurs, dans les limites étroites d'un rapport, de vous donner une idée exacte et complète de toutes les considérations neuves et originales contenues dans les diverses parties de ce mémoire.

Mais ce que nous devions faire ressortir ici, Messieurs, c'était l'originalité en même temps que le caractère essentiellement clinique de ce travail, remarquable à bien des titres et qui mérite certainement d'occuper une place privilégiée au milieu de tous ceux qui ont été soumis à notre examen.

Le mémoire n° 4 présente moins d'originalité et de vues nouvelles que le précédent, mais il est, comme lui, essentiellement clinique et offre de nombreuses qualités qui nous ont permis de lui accorder également une récompense.

C'est un travail important, reposant sur un grand nombre d'observations, recueillies avec soin dans un grand asile. Il a 336 pages, une table des matières très-complète et 53 observations presque toutes propres à l'auteur.

Celui-ci a abordé successivement dans ce travail les diverses parties de la question posée par la Société. Après quelques considérations générales sur la sensibilité, il a étudié la nature et les symptômes des troubles de la sensibilité

©BIUM

générale, sous les trois chefs de diminution, d'augmentation et de perversion de la sensibilité générale, dans les diverses variétés du délire mélancolique (mélancolie sans délire, mélancolie avec délire, mélancolie stupide et folie à double forme). Le chapitre IV est consacré à l'étude des désordres de la sensibilité dans le délire hypochondriaque, le chapitre V, à l'étude de ces mêmes troubles dans le délire de persécution, le chapitre VI à cette même étude dans d'autres formes spéciales du délire mélancolique. Le chapitre VII et dernier étudie les indications thérapeutiques que peuvent présenter les troubles de la sensibilité générale dans les délires mélancoliques et ce chapitre est plus développé que celui des autres mémoires sur le même sujet. Enfin, l'auteur termine son travail par un résumé général et par des conclusions qui indiquent bien clairement les résultats auxquels l'ont conduit ses observations cliniques.

Nous extrairons de ces conclusions les passages suivants pour caractériser aussi brièvement que possible, les opinions de l'auteur de ce mémoire.

« Dans tous les délires mélancoliques il y a dépression de la sensibilité dans son ensemble et partant anesthésie plus ou moins prononcée. Mais cette anesthésie n'empêche pas des manifestations hyperesthésiques qui sont le plus souvent passagères. On doit leur rapporter toutes les sensations pénibles qu'éprouvent les mélancoliques. Chez ces malades une analgésie complète et générale est rare, on ne la rencontre guère que dans la mélancolie stupide et dans quelques formes du délire religieux; mais une analgésie incomplète ou partielle s'observe très-souvent dans toutes les formes de la mélancolie. »

« Dans l'hypochondrie, en particulier, les désordres de la sensibilité viscérale sont plus apparents; c'est sur celle-ci que portent presque toutes les illusions et les hallucinations si fréquentes chez ces malades. Presque toujours de nature hyperesthésique, elles se produisent d'ordinaire dans le sens du délire et l'entretiennent. Quand elles lui préexistent elles peuvent le déterminer; c'est alors le délire qui s'organise dans le sens des perversions de la sensibilité. Dans des cas plus rares, elles en paraissent indépendantes et n'exercent pas sur lui d'influence appréciable. »

« Dans le délire des persécutions, c'est, au contraire, la sensibilité cérébro-spinale qui est plus particulièrement atteinte. »

©BIUM

« Elle peut être seule quand il n'y pas de complications hypochondriaques. »

« L'influence des désordres sensitifs sur le délire est à peu près le même que dans l'hypochondrie. »

En résumé, Messieurs, ce mémoire essentiellement clinique, s'appuie sur de nombreuses observations et sur des considérations générales, physiologiques et pathologiques très-exactes qui ont attiré sérieusement notre attention et il nous a paru digne, non d'occuper le premier rang, mais de recevoir une récompense.

Nous devons dire cependant que le mémoire nº 5, que nous avons maintenant à examiner, présente également des qualités sérieuses d'observation, qui auraient pu nous faire hésiter sur le jugement comparatif à porter entre ces deux mémoires. — Il a 144 pages et contient 260 observations, dont quelques-unes sont rapportées avec beaucoup de détails. Il a abordé tous les côtés de la question proposée par la Société et a exposé très-convenablement l'état de la science sur les diverses parties du sujet.

Dans un premier chapitre il a exposé les notions générales sur la sensibilité. Le second chapitre est consacré à l'étude de la mélancolie. Dans le troisième, il étudie successivement les divers troubles de la sensibilité générale : — 1° Anesthésie, anesthésie de contact, anesthésie de douleur, anesthésie de température, anesthésie d'activité musculaire; — 2° Hyperesthésie de contact, de la sensation de la douleur, de température, de la sensation d'activité musculaire; — 3° Perversions de la sensibilité générale, illusions de la sensibilité générale, étudiées dans les divers appareils organiques, et hallucinations de la sensibilité générale.

Dans le chapitre IV, l'auteur étudie successivement les troubles de la sensibilité générale dans quelques-unes des variétés du délire mélancolique et en particulier dans la lypémanie anxieuse, dans la lypémanie simple, dans la lypémanie avec stupeur, dans la lypémanie religieuse, démoniaque, enfin dans le délire mélancolique avec idées de persécution et dans la lypémanie hypochondriaque.

Le cinquième chapitre est consacré à l'influence des troubles de la sensibilité générale sur la genèse du délire et enfin, l'auteur termine son mémoire par un chapitre sur le traitement et par une statistique générale des cas de lésions de la sensibilité générale dans l'asile dont il est le médecin.

©BIUM

Ce travail contient donc beaucoup de documents utiles et clairement exposés sur le sujet que l'auteur avait à traiter, et des observations très-intéressantes et soigneusement recueillies. Mais il manque absolument de conclusions.

L'auteur s'est borné à décrire les troubles de la sensibilité générale tels qu'on les observe dans les diverses variétés de la mélancolie, mais il n'a cherché à rien démontrer, ni à exposer aucune idée générale sur le sujet. Il s'est borné au rôle d'observateur et de narrateur. Il reconnaît lui-même que son travail a été fait avec trop de précipitation et c'est, en effet, ce qui résulte évidemment de sa lecture. L'auteur cite surtout l'opinion des autres auteurs et en exprime peu par lui-même. En résumé, le défaut principal de ce travail, du reste méritant, c'est le manque d'originalité. Aussi, malgré l'intérêt réel qu'il présente dans plusieurs de ses parties, n'avons-nous pas cru pouvoir l'admettre au partage des récompenses que nous avions à distribuer.

J'arrive enfin, Messieurs, à l'examen du dernier mémoire, le mémoire n° 6, le plus important et le plus remarquable de tous, par l'étendue des connaissances physiologiques qui lui servent de base et par les conceptions nouvelles et vraiment originales qu'il présente. Elles nous ont paru de nature à lui mériter le premier rang, malgré les lacunes regrettables qu'il offre à certains points de vue et surtout sous le rapport clinique.

Ce mémoire a surtout attiré notre attention par sa partie physiologique. Non-seulement elle montre chez son auteur une connaissance très-étendue des ouvrages les plus récents sur la psychologie et sur la physiologie du système nerveux, mais elle dénote un esprit vraiment supérieur, abordant avec facilité les notions les plus élevées et les plus abstraites de la physiologie et de la pathologie.

Au lieu de se contenter des idées généralement acceptées sur les sensations et la sensibilité générale, l'auteur du mémoire n° 6, a voulu creuser plus profondément la question qu'il avait à résoudre. Avant d'étudier les troubles de cette fonction dans les délires mélancoliques, il a voulu se rendre compte d'une manière tout à fait précise, d'une façon vraiment scientifique, de ce qu'on devait entendre au fond par le terme de sensibilité générale. Or, en cherchant à approfondir ce problème, il n'a pas tardé à s'apercevoir qu'il était

©BIUM

beaucoup plus obscur et plus complexe qu'il ne paraissait l'être au premier abord.

Que doit-on entendre, en effet, par le mot de sensibilité générale ? On doit comprendre sous ce nom, toutes les sensations de l'organisme humain qui ne sont pas des sensibilités spéciales. Or, depuis la plus haute antiquité, on a admis cinq sens spéciaux : la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat et le toucher. Mais, après avoir fait dans les sensations de l'organisme la part de ces cinq sens, que reste-t-il à attribuer à ce que l'on est convenu d'appeler la sensibilité générale ? C'est là que commence la vraie difficulté du problème à résoudre ? Pour la plupart des physiologistes de l'antiquité et même des temps plus rapprochés de nous, la sensibilité générale se confondait en réalité avec le sens du toucher; tout au plus distinguait-on, et encore très-vaguement, entre la sensibilité générale externe et la sensibilité générale interne. C'est Cabanis d'abord et Bichat ensuite qui ont commencé à établir une distinction nette et tranchée entre la sensibilité générale siégeant dans le tégument externe et la sensibilité ayant son siége dans les organes intérieurs. C'est ce que Bichat a appelé la sensibilité animale et la sensibilité organique, ou la sensibilité externe et la sensibilité viscérale. Plus tard, d'autres physiologistes ont admis une sensibilité objective, dont l'impression était causée par les objets extérieurs et une sensibilité subjective, qui nous faisait connaître les modifications qui se passent dans notre propre corps.

Depuis cette époque, on a poussé plus loin encore les études minutieuses sur les diverses espèces de sensibilité externe et interne et on est arrivé à en multiplier le nombre. On a d'abord admis un sixième sens, ou sens génital; puis on a admis le sens de la chaleur, celui de la douleur, le sens de l'activité musculaire, etc., etc. Gerdy surtout a porté jusqu'à l'extrême cette division multipliée des espèces de sensibilité. Il a admis comme distinctes les sensations du chatouillement, du prurit, etc., etc. Enfin Beau, en séparant l'analgésie de l'anesthésie, physiologiquement et cliniquement, a fait entrer dans la science une distinction incontestable entre la sensation du contact et celle de la douleur, qui est aujourd'hui généralement acceptée. Il en est résulté une confusion très-grande, qui existe encore aujourd'hui, entre la sensibilité générale et la sensibilité tactile.

Tout le monde comprend, en effet, sous le nom de sensibi-

©BIUM

lité générale, toutes les sensibilités internes, viscérales ou organiques de Bichat qui nous font percevoir des modifications survenues dans notre propre corps, par exemple, la sensation de la faim, de la soif, la sensation génitale, le sentiment de la maladie ou le sentiment de la fatigue, etc., etc.; mais, quand on se rapproche de la peau ou des organes tégumentaires, comment distinguer la sensation de la douleur, de la chaleur de l'activité musculaire, du chatouillement, du prurit, etc., etc., de la sensation tactile, proprement dite, c'est-à-dire du toucher. Les difficultés sont très-grandes et presque insolubles et on est conduit presque forcément à admettre des sens spéciaux pour la chaleur, la douleur ou l'activité musculaire et même des nerfs spéciaux, conducteurs de la douleur, de la chaleur, de la douleur ou de la sensibilité musculaire.

Eh bien! l'auteur du mémoire n° 6 s'est demandé s'il n'existait pas un moyen de sortir de cette impasse, de trancher cette difficulté fondamentale et d'arriver ainsi à trouver une base solide sur laquelle on pourrait édifier scientifiquement l'étude des troubles de la sensibilité générale dans les délires mélancoliques.

Après avoir étudié, d'une manière approfondie, les travaux des psychologues et des physiologistes modernes dont il expose dans son travail les vues élevées et originales, avec un talent d'exposition vraiment remarquable, il est arrivé en définitive à cette conclusion générale, dont il a fait la base physiologique et clinique de tout son mémoire : Pour définir la sensibilité générale et la distinguer de la sensibilité spéciale, il ne faut plus chercher la base de la distinction, ni dans la partie du système nerveux externe ou interne qui est impressionnée, ni dans celle qui transmet ou qui perçoit la sensation, ni dans la nature même de la sensation perçue par le sujet sentant, mais dans le caractère des causes externes qui impressionnent le système nerveux. Or, dans la physique générale, comme dans la physiologie, on doit admettre, comme excitants spéciaux des sens, la lumière, le son, la saveur et l'odeur, mais, pour toutes les autres impressions reçues par l'organisme, elles sont dues à la modification produite sur nos extrémités sentantes externes ou internes par les trois grandes propriétés générales de la matière qui régissent le monde extérieur, ou le monde cosmique, c'est-à-dire le mouvement, la chaleur et l'électricité, trinité de forces qui se résume en somme dans l'unité du mouvement producteur de

©BIUM

chaleur et d'électricité. Ce sont ces propriétés *générales* de la matière qui, agissant sur notre système nerveux périphérique, y produisent une modification que nous appelons la sensibilité *générale*, par opposition à la sensibilité spéciale produite par des excitants spéciaux, la lumière, le son, les odeurs et les saveurs, agissant sur des nerfs spéciaux, sur des organes spéciaux, et y produisant des phénomènes de sensibilité spéciale.

Telle est l'idée mère, l'idée dominante qui sert de base au mémoire n° 6. Physiologiquement et cliniquement, il repose entièrement sur cette définition et sur cette conception nouvelle de la sensibilité générale. La conséquence nécessaire de cette doctrine est de supprimer le sens du toucher, au profit de la sensibilité générale, de même que les anciens avaient supprimé la sensibilité générale au profit du toucher. Ainsi, par des voies tout à fait différentes, la physiologie des sensations reviendrait tout simplement à son point de départ, mais sous une forme infiniment plus scientifique.

Du reste, notre auteur ne recule nullement devant cette conséquence logique de sa définition de la sensibilité générale ; car voici comment il s'exprime, fasc. 2, p. 70 : « Nous considérons 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 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 ici mention du toucher, *mais à notre avis, le toucher, comme sens déterminé, n'existe pas.* »

Le temps nous presse, Messieurs, et nous bornerons là, bien à regret, le résumé des idées vraiment originales et nouvelles que contient le mémoire n° 6, surtout dans sa partie physiologique, qui est la plus considérable et évidemment la plus importante. Cependant, on ne peut pas dire que la partie pathologique, qui est moins complète, soit cependant négligée. L'auteur ne cite, il est vrai, que très-peu d'observations particulières, parce qu'il les croit inutiles pour le but qu'il se propose; mais il étudie avec soin, dans plusieurs chapitres successifs, au point de vue de sa conception particulière de la sensibilité générale, les troubles de cette fonction, soit en général, au point de vue des sensations de douleur, de chaleur, d'activité musculaire, de soif, de faim, de sensations génitales, etc., soit dans leurs rapports de cause à effet avec le

©BIUM

délire mélancolique et spécialement avec le délire hypochondriaque et le délire de persécution. Il énonce, chemin faisant, dans ces divers chapitres, des faits nouveaux et des considétions intéressantes et souvent originales qui ne peuvent guère être résumées, mais qui ajoutent certainement beaucoup au mérite déjà très-grand de ce mémoire, et il conclut ainsi : « Les altérations de la sensibilité générale forment la base du délire mélancolique ; la sphère psychique et les sensations spéciales n'interviennent que dans l'expression et la forme extérieure de ces mêmes délires. »

En résumé, Messieurs, malgré certaines imperfections de style, des néologismes regrettables et quelques obscurités de pensées que l'auteur pourra corriger lui-même facilement avant de livrer son travail à l'impression, nous avons été vraiment frappés du caractère d'originalité et de nouveauté de ce mémoire et de la puissance de conception qu'il suppose chez son auteur, et nous n'aurions pas hésité à lui décerner le prix complet de deux mille quatre cents francs, que le legs Aubanel mettait cette année à notre disposition, si la partie clinique de ce mémoire avait été à la hauteur de sa partie physiologique. Mais, comme la question posée par notre Société avait surtout un caractère clinique, et que plusieurs autres mémoires de ce concours avaient, selon nous, mieux répondu que le mémoire n° 6 à cette partie importante de notre programme, nous avons cru devoir conserver au mémoire n° 6 la première place, à cause de sa supériorité réelle sur tous les autres mémoires, mais nous avons cru en même temps devoir détacher une partie de la somme totale pour la répartir, inégalement aussi, entre deux autres candidats, dont les mémoires nous ont paru assez remarquables pour mériter une récompense, surtout au point de vue clinique.

Nous venons donc vous proposer, Messieurs, de décerner les récompenses suivantes aux auteurs des mémoires n° 6, n° 3 et n° 4.

1° Au mémoire n° 6, le prix Aubanel de 1874, avec une somme de mille francs ;

2° Au mémoire n° 3, une première mention honorable avec récompense de huit cents francs ;

3° Au mémoire n° 4, une seconde mention honorable avec récompense de six cents francs.

Il me resterait encore, Messieurs, à remplir une dernière partie de la tâche imposée par vous à notre Commission,

©BIUM

c'est-à-dire à vous exposer le résultat de nos délibérations pour le choix de la question à proposer pour le prix Aubanel à décerner dans trois ans. Mais notre honorable président, M. Baillarger, s'est chargé d'accomplir cette portion de notre mission et je m'empresse de lui céder la parole.

M. BLANCHE. Je crois devoir, au nom de mes collègues de la commission, remercier M. Falret, pour la manière remarquable avec laquelle il a exposé et résumé les travaux qui nous avaient été adressés. Je vais, maintenant, mettre aux voix les conclusions de la commission.

Ces conclusions sont adoptées.

La Société accorde le prix Aubanel, de la valeur de mille francs, à M. Semal; une première mention honorable à M. Christian, avec récompense de huit cents francs; et une seconde mention, avec récompense de six cents francs, à M. Mordret; le président remet à chacun des lauréats une lettre, constatant ce précieux témoignage et qui peut, plus tard, leur servir dans le cours de leur carrière.

Rapport sur le prix Esquirol.

La parole est donnée ensuite à M. BOUCHEREAU, qui lit le rapport suivant sur le prix Esquirol :

Messieurs,

Le prix Esquirol est destiné à encourager les travaux de nos jeunes confrères des asiles : aussi Mitivié père, notre regretté collègue, et M. Al. Mitivié, dont la générosité permet de perpétuer la fondation de leur illustre parent, ont-ils posé pour seule condition aux candidats de nous présenter chaque année des observations personnelles recueillies à l'aide de tous les modes d'exploration imaginés par la science contemporaine : ces observations doivent être suivies de quelques réflexions judicieuses. Ce programme paraît facile à remplir : cependant on manque le but en voulant trop embrasser. Nous venons donc au nom de la Commission composée de MM. Baillarger, Dumesnil, Lunier, Mitivié et Bouchereau, rappeler les conditions très-nettes du concours.

Notre examen a porté sur deux mémoires. L'un inscrit sous le n° 1 est intitulé : *Des maladies de la peau chez les aliénés et de leurs rapports avec la folie*. Il s'agit en définitive de toutes les altérations qui peuvent atteindre le tégument externe dans les différentes formes de l'aliénation mentale; ces altérations

©BIUM

modifient sa couleur, son aspect extérieur, sa température, sa sensibilité.

Ce cadre était trop vaste : il serait donc injuste de vouloir reprocher au candidat les lacunes que présente son œuvre : dans l'accomplissement de sa tâche il a montré des qualités réelles ; son exposition est claire ; toutes les observations lui appartiennent et témoignent d'une grande ardeur dans les recherches ; il semble ne pas s'être suffisamment habitué au maniement des divers instruments qui viennent aider nos sens dans l'étude des maladies. Des pages intéressantes sont consacrées à montrer les conséquences de l'insolation sur les aliénés. A ce propos, l'auteur développe certaines considérations qui ont fourni souvent matière à des discussions. D'après son opinion, il faut bien se garder de prendre la maladie de la peau à forme pellagroïde, due à l'insolation chronique, pour une autre affection du tégument externe fréquente chez les fous et qui revêt l'apparence dite ansérine. Cet aspect de la peau existe presque en tout temps chez beaucoup d'aliénés, surtout chez ceux qui sont maigres ; il n'y a aucun symptôme inflammatoire et nulle réaction ne retentit d'une façon appréciable sur l'économie. Le système cutané offre cette apparence chez des malades qui ne vont que peu ou point au soleil, et aussi bien en hiver qu'en été. La peau brunit seulement davantage par les chaleurs, et devient très-apte à subir les effets de l'insolation.

L'auteur sépare nettement ces accidents cutanés de la pellagre ; il indique les moyens hygiéniques qui lui paraissent capables d'en empêcher l'apparition ; il insiste avec raison sur l'importance du régime alimentaire pour les aliénés et les soins de toute nature et de tout instant que réclame leur état : on doit louer les considérations qu'il présente et espérer qu'un jour il sera appelé à mettre en pratique, sous son initiative privée, quelques-unes des idées émises par lui à titre de vœu dans les conditions modestes où s'exerce son activité.

Le mémoire n° 2 a pour objet quelques cas d'ataxie locomotrice dans l'aliénation mentale, et plus particulièrement dans la paralysie générale. Cette dernière affection attire de préférence l'attention ; on ne peut s'en étonner au sein de notre Société, où nous retrouvons avec satisfaction plusieurs de nos compatriotes qui en ont tracé l'histoire clinique avec la plus grande exactitude ; quelques développements nouveaux ont été ajoutés à l'exposition si précise donnée par MM. Baillarger,

©BIUM

Calmeil, Jules Falret, Lasègue. C'est avec regret que dans des écrits publiés à l'étranger nous ne voyons pas rendre à ces auteurs toute la justice qui leur est due.

A l'étranger, comme dans notre pays, l'anatomie pathologique de cette affection est le sujet de recherches dignes du plus vif intérêt, recherches qui se suivent très-rapidement; tout dernièrement les archives de physiologie contenaient un mémoire important de M. Mierzejewski sur cette matière.

Le candidat s'est proposé de montrer l'existence de la paralysie générale dans le cours de l'ataxie, les formes ou variétés qu'elles affectent l'une et l'autre, leur marche. Dans ses observations on voit l'ataxie précéder la paralysie générale, l'incoordination des mouvements est antérieure au délire ambitieux, à la démence, à l'hésitation de la parole ; rien de particulier à signaler dans les phénomènes intellectuels des paralytiques généraux ayant commencé par être ataxiques. La paralysie générale n'est pas la seule affection mentale qui vienne compliquer l'ataxie ; le délire partiel avec hallucinations a été noté ; la démence simple également ; mais les cas d'ataxie locomotrice recueillis chez des malades primitivement aliénés ont paru très-rares.

Ce dernier mémoire contient neuf observations dont quelques-unes très-incomplètes.

Aussi, Messieurs, votre Commission au moment de conclure s'est arrêtée sous l'empire d'un scrupule qu'elle doit vous soumettre. Aucun des deux candidats n'a sur son rival un avantage incontesté : l'un montre plus de travail, l'autre plus de méthode ; tous deux ont laissé leur œuvre inachevée ; quelques semaines d'efforts de plus, et l'un d'eux obtenait le succès qu'il avait ambitionné. Nous venons donc vous proposer de ne pas décerner le prix cette année, mais de partager entre les deux candidats à titre d'encouragement une somme de deux cents francs.

L'auteur du mémoire n° 1 est M. Fèvre, médecin adjoint de l'asile d'Armentières (Nord).

M. Rey, interne de l'asile Sainte-Anne, est l'auteur du mémoire n° 2.

M. Blanche. Vous venez d'entendre les conclusions du rapporteur de la Commission du prix Esquirol. Ce prix étant une fondation spéciale, nous n'avons pas à vous demander votre approbation ; mais nous allons prier M. Bouchereau de vous faire connaître les décisions de la Commission.

©BIUM

Il est accordé :

1° Une récompense de 100 francs à M. Fèvre, médecin adjoint à l'asile de Toulouse ;

2° Une récompense de 100 francs à M. Rey, interne de l'asile Sainte-Anne.

Des aliénés migrateurs.

La parole est à M. Foville, pour la lecture d'un mémoire sur les *aliénés migrateurs* (voir ci-dessus).

La séance est levée à 6 h.

Dr P. Berthier.

Séance du 31 mai 1875. — Présidence de M. Blanche.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Maximin Legrand qui, à raison de ses occupations, se trouve dans l'impossibilité d'assister régulièrement aux séances, et demande à passer membre honoraire de la Société.

2° Une demande de M. Taguet, médecin adjoint de Ville-Evrard, à l'effet d'obtenir le titre de membre correspondant, et offrant à l'appui de sa candidature plusieurs travaux, entre autres sa thèse inaugurale intitulée : *Influence de la menstruation sur le système nerveux.*

3° Par l'organe de M. Lunier, trois présentations de candidatures pour le titre de correspondants : l'une de M. Sizaret, médecin en chef de l'asile de Fains, avec travaux à l'appui ; — la seconde de M. Mordret, médecin en chef de l'asile du Mans, avec travaux à l'appui, entre autres un traité sur *les affections nerveuses et chloro-anémiques*, volume in-8° de près de 500 pages ; — la troisième de M. Despine, avec travaux à l'appui, entre autres un ouvrage sur la *Folie au point de vue philosophique*, vol. in-8°, de près de 900 pages.

4° L'offre d'une brochure de M. Paul Delmas, directeur de l'Institut hydrothérapique de Longchamps à Bordeaux, sur les *Paraplégies hypérémiques* et *ischémiques*, traitées par l'hydrothérapie, faisant suite à une série de travaux de la même espèce, publiés comme extraits de la clinique de cet établissement.

M. le Secrétaire général rappelle que MM. Roth et Lubeski, médecins de l'asile de St-Jean, en Pologne, ont sollicité, il y a huit ans, la faveur de nous être associés comme Membres

©BIUM

étrangers, faveur qui ne leur fut pas accordée, par suite de circonstances qu'il est inutile de rappeler. Il croit qu'il y a lieu de procéder à l'examen de ces candidatures.

M. Bouchereau, de son côté, rappelle que M. le Dr Obersteinner avait témoigné le désir d'être reçu membre associé.

M. Maximin Legrand est nommé membre honoraire.

MM. Delasiauve, Moreau (de Tours) et Motet, sont chargés d'analyser les ouvrages offerts par MM. Mordret et Despine.

La demande de M. Sizaret est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Linas, Lunier et Dumesnil, rapporteur.

M. le Président donne lecture de la lettre qui lui a été envoyée par le M. Ministre de l'Instruction publique, en réponse à la requête adressée par la Société au sujet de l'enseignement clinique des maladies mentales.

Cette lettre a été obtenue du ministère par les bons offices de M. Félix Voisin, secrétaire de l'Assemblée nationale, et frère de notre collègue Auguste Voisin, qui en fait la lecture, avec engagement de poursuivre avec persévérance les démarches nécessaires pour obtenir un résultat satisfaisant.

Question proposée pour le prix Aubanel.

M. Blanche. Je vais vous donner connaissance de la question proposée pour le prix Aubanel. Elle a été libellée ainsi :

De l'état mental des apoplectiques. — Etudier au double point de vue clinique et médico-légal, sous ses différentes formes, et principalement au début, l'état mental des apoplectiques.

Les candidats devront aussi faire, aux mêmes points de vue, une étude comparative de l'affaiblissement intellectuel, au début de la démence sénile et de la démence paralytique.

M. Dally. Il me semble que cette formule exigerait une définition préalable. Elle débute par deux mots d'un sens indéterminé. Qu'est-ce que l'état mental des apoplectiques, ou plutôt qu'est-ce que cet état mental et que sont ces apoplectiques?

Ces derniers sont-ils des individus disposés à l'apoplexie, ou ayant eu des attaques ? Et sont-ils donc forcés d'être aliénés, parce qu'ils sont apoplectiques? Enfin de quelle apoplexie

©BIUM

s'agit-il, puisqu'il y a des médecins qui en ont admis sans hémorrhagie cérébrale?

M. Blanche. La Commission avait prévu l'objection, et elle l'a prouvé par son texte même. Elle ajoute qu'elle entend parler des troubles que peuvent présenter les apoplectiques, indiquant précisément qu'à ses yeux tous les apoplectiques n'offrent pas des symptômes d'aliénation. Quant à la définition de ce terme, M. Legrand du Saulle, auteur de la proposition, va vous la donner lui-même en toute compétence.

M. Legrand du Saulle. Mon intention avait été surtout de mettre à l'étude l'état mental des hémiplégiques qui s'amoindrissent graduellement, et, avant d'arriver à la démence complète, commettent des actes délictueux d'une variété infinie, extrêmement intéressants au point de vue médico-légal, ayant sur la tête une sorte d'épée de Damoclès toujours suspendue jusqu'à leur mort. Et je m'étais rencontré, sur ce point, avec l'honorable M. Lunier.

M. Lunier. En effet, ces malades présentent souvent, du côté de l'intelligence et du moral, des phénomènes qui ne constituent pas encore la démence, mais qui ne sont déjà plus l'état normal. Un apoplectique est un malade qui a été frappé d'un ictus, déterminé soit par des embolies artérielles, soit par des hémorrhagies méningées, soit par tout autre accident dont la fin est l'hémiplégie. Si le coup ne les blesse pas toujours dans leurs facultés intellectuelles, il les touche, il les effleure : la plupart en conservent l'empreinte qui se traduit par des défauts de caractère ; ils deviennent irritables, violents, injustes, vindicatifs. Il y a là une étude fort intéressante à faire au double point de vue clinique et médico-légal.

M. Fournet. Comprendra-t-on sous cette dénomination les gens atteints de congestion, de traumatisme, de tubercules, etc. Le cadre envisagé ainsi serait très-étendu. Du reste, je ne m'en plaindrais pas, bien au contraire.

M. Voisin. Tous les apoplectiques ne sont pas hémiplégiques. Sandon avait dans son cerveau sept foyers hémorrhagiques, et n'avait jamais été, que je sache, hémiplégique. Et cependant, son cerveau présentait des altérations athéromateuses et des foyers d'apoplexie et de ramollissement, tels qu'en offrent certains hémiplégiques. La folie dont il a été atteint dépendait de ces altérations cérébrales, et une dernière apoplexie l'a emporté subitement.

M. Dailly. Permettez-moi une réflexion.

©BIUM

Votre Commission a unanimement adopté le texte qu'on nous a communiqué, et je ne puis que m'incliner devant sa décision. Mais ne craignez-vous pas de prêter le flanc à une sérieuse critique ? En disant *les apoplectiques*, ne créez-vous pas une entité morbide ? Or, vous savez, au moins aussi bien que moi, que l'apoplexie est un symptôme capable de se rencontrer dans une foule de cas fort différents, d'origines très-diverses? Ne sera-ce pas, en outre, la source d'embarras très-graves près les tribunaux.

M. Lunier. Je ne crois guère la confusion possible. Il y a bien, sans doute, des individus, qui avant d'être frappés sont disposés à l'apoplexie, et présentent des particularités parfaitement décrites par Moulin. Mais nous savons tous qu'il existe aussi une classe d'individus qui, après une ou plusieurs attaques, sont devenus singuliers, bizarres, portés sans cesse à des actes ridicules ou malfaisants; c'est de ceux-ci dont il est question. Du reste, les objections soulevées prouvent deux choses : l'importance du sujet et la nécessité de son étude.

M. Baillarger. Je trouve qu'il y a du vague dans cette appellation : les déments apoplectiques. Ne conviendrait-il pas d'ajouter « ou offrant un état analogue à celui des apoplectiques » ?

M. Falret. Mais plus il y a d'aspects, plus il y a d'études ; plus on découvrira de ces états, plus la question présentera d'intérêt.

M. Lunier. Évidemment, il s'agit en un mot d'étudier tous les phénomènes de l'intelligence et du moral consécutifs aux états morbides compris sous le nom d'apoplexie.

M. Motet. Alors, il serait bon d'introduire nettement cette idée dans la formule.

M. Baillarger. On pourrait mettre : « l'état mental des individus qui ont été frappés d'apoplexie. »

M. Delasiauve. Il est des gens dont le moral a été affaibli par des attaques, qui ont l'apparence de la congestion — dans l'hystérie et l'épilepsie, par exemple ; — où les classerez-vous ?

Plusieurs membres. Dans la même catégorie.

La question est renvoyée à la Commission, qui se réunira extraordinairement pour arrêter les termes définitifs de la question.

Cas de folie similaire héréditaire.

M. Baillarger. J'ai été consulté une fois pour une jeune dame

©BIUM

de 22 ans, accouchée depuis plusieurs semaines, et affectée d'une monomanie avec conscience : elle avait toujours peur de faire mal et de toucher certains objets. Les antécédents personnels n'offraient rien de particulier : c'était une personne nerveuse, ayant éprouvé des contrariétés pendant sa grossesse, sans scrupules exagérés dans aucun sens. Mais, ce qui est plus intéressant, c'est que sa mère avait eu une affection en tout semblable ; voici dans quelles circonstances. Un jour que sa bonne portait l'enfant sur ses bras, elle fut rencontrée par des paysans qui trouvèrent celle-ci très-belle et ressemblant à cette bonne. Aussitôt cette idée se fixe dans son esprit, elle répète sans cesse la même phrase, les scrupules naissent en foule, elle n'ose presque plus faire un pas, et, pendant plus de cinq mois, elle reste sous l'empire de la même préoccupation. Voilà un cas de folie similaire par hérédité qui me paraît fort extraordinaire, et que je voulais vous signaler, comme le seul que j'aie jamais vu.

M. Delasiauve. Je m'étonne de la surprise de M. Baillarger. Les faits qu'il croit rares sont au contraire assez fréquents. Il y a une dizaine d'années, j'ai donné des soins à une jeune dame pour une pseudo-monomanie qui, vainement soignée à domicile, nécessita le placement dans un asile où, en deux mois à peine, elle recouvra la santé morale.

Sa mère avait, longtemps et à diverses reprises, souffert de la même affection. Le grand-père, âgé de 72 ans, termina ses jours par le suicide, à la grande stupéfaction des habitants du bourg où il résidait. C'était un riche propriétaire ; on ne lui connaissait aucune préoccupation de nature à motiver une telle détermination. Informations prises, j'appris que depuis longtemps il était assailli de craintes et d'idées tristes qui se traduisaient par paroxysmes et dont il avait conscience. Enfin une tante de la malade précitée, fille du grand-père et sœur de la mère, éprouva, il y a 5 ou 6 ans, des troubles identiques pour lesquels, deux fois, on vint me consulter à Paris. Elle existe toujours, et vient de perdre son mari des suites d'une opération de la taille.

A cet exemple je pourrais, y songeant, en ajouter plusieurs autres, celui, notamment d'une dame de 50 ans d'une commune du département de l'Eure. Son état était des plus tristes et semblait désespéré. L'origine du mal datait de 15 ans. Sujet à des rémittences et à des exacerbations, il avait singulièrement empiré et était devenu permanent, depuis au moins dix-huit

©BIUM

mois. Mille impressions fantastiques se croisaient dans l'esprit de la malade. Le moindre contact suscitait les plus étranges réflexions. Un objet brillant paralysait ses facultés et la jetait dans la perplexité. Sortait-elle, elle rentrait précipitamment chez elle. En mangeant, les morceaux s'arrêtaient dans sa bouche, éveillant la crainte de maints dangers imaginaires. On était obligé de lui enfoncer dans le gosier le bol alimentaire; elle n'osait se servir d'un couteau. Néanmoins, j'eus le bonheur, grâce à la sollicitude d'une fille dévouée et intelligente, de la rétablir en moins de 15 mois.

Cette fille elle-même avait, pendant cinq ou six mois, ressenti des symptômes analogues, dont il lui restait des vestiges.

En ce moment je donne des soins, pour la troisième fois depuis 1868, à une dame qui craint à la fois de faire du mal aux autres et à elle-même. Un couteau est son cauchemar; on est obligé de lui couper son pain et sa viande à table. Consciente de sa transformation, elle s'en alarme, entrevoit la nécessité d'un placement. Ce qui la chagrine, c'est qu'un de ses frères s'est suicidé dans un accès de mélancolie.

J'en dirais autant d'une dame, faisant ses délices de la vie de famille et qui, pour se soustraire à ses tourments, voulut elle-même être placée dans un asile. Le suicide de son frère unique ne sortait pas de sa pensée.

Deux fois, elle a guéri, néanmoins.

Certes, en comparant le tableau psychique, on pourrait noter des différences de physionomie, mais c'est le fond qu'il faut voir.

Cas curieux de déviation de la colonne vertébrale chez une aliénée.

M. Motet. Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter une pièce anatomique qui m'a paru devoir vous intéresser. Il s'agit d'une déviation des plus prononcées de la colonne vertébrale, à la région cervicale, chez une aliénée. La déformation s'est opérée lentement, sous l'influence d'une attitude volontairement prise par cette aliénée. — Il n'y a pas eu de maladie des os ni des disques intervétébraux, vous pourrez vous en assurer ; il n'y a eu qu'un tassement de ces disques; voici d'ailleurs très-brièvement résumées quelques indications sur le délire de cette femme.

Mme X...., marchande bouchère, rue St-Paul, fut placée au mois de février 1841 dans la maison de santé que dirigeait alors M. le docteur Belhomme. Elle était atteinte de délire

©BIUM

mélancolique avec hallucinations de l'ouïe et idées de persécutions. Cette dame, très-effrayée pendant une émeute sous le règne de Louis-Philippe, avait été le jouet de deux jeunes gens étaliers occupés chez elle. Profitant de l'absence de son mari, ils s'étaient méchamment amusés à accroître ses terreurs. Armés de leurs couteaux, ils avaient simulé une attaque par les insurgés, et la pauvre femme, d'un esprit très-faible, affolée par la terreur, s'était échappée de sa boutique, et s'était mise à courir dans la direction de la Seine où elle voulait se précipiter. On l'en empêcha et on la ramena chez elle. Le délire de persécutions se constitua peu à peu; nous n'avons pas pu retrouver trace de renseignements sur les prédispositions héréditaires, mais nos recherches dans les registres nous ont démontré le passage rapide à l'état chronique. Nous l'avons suivie plus particulièrement depuis 1855. Déjà, à cette époque, elle présentait la déviation de la colonne vertébrale ; la tête était fortement abaissée, le menton touchant le sternum; à chaque instant dans le jardin, dans le salon, Mme X.... prenait le bout de son châle, et frappait autour d'elle comme pour éloigner ses imaginaires ennemis. On l'entendait marmotter les mots « brigands, carnassiers, scélérats ». Si on l'interrogeait doucement elle vous disait : « Les gredines, elles m'ont encore donné un coup de pied, elles me frappent sur la tête, vous aurez beau faire vous ne les empêcherez pas ». Si on cherchait à la faire parler, elle se mettait en colère, et nous repoussait énergiquement. Voici la copie de l'interrogatoire qu'elle subit quand on voulut l'interdire : « Quels sont vos noms, prénoms ? — Je n'en ai pas pour vous, je n'ai pas d'âge non plus ; quels sont les bourreaux qui m'ont amenée devant vous?—Quels sont vos sujets de plaintes ? — On m'a dit que vous étiez des juges; ce n'est pas vrai, vous êtes des vampires, si vous étiez des juges, vous me feriez sortir de l'enfer où je suis depuis si longtemps. — Vous êtes malade ? — Je me porte mieux que vous, laissez-moi tranquille ; allez-vous-en, scélérats, croyez-vous pouvoir ajouter encore à ma torture ; le monde est plein d'indifférents, la terre est bonne de les porter ; je lui fais mon compliment, à sa place, je ne ferais pas de même. — Levez un peu la tête et regardez-nous en face. — Je ne veux pas lever la tête, les hommes ne méritent pas qu'on les regarde ; d'ailleurs, si je vous fixais, vous seriez tous morts, c'est ce qui vient d'arriver à une Anglaise qui avait osé me regarder entre les deux yeux, elle est morte du coup, puisque mon regard

©BIUM

produit du pistolet. — Savez-vous depuis quand vous êtes ici ? — Qu'est-ce que ça peut me faire et à vous aussi, etc. »

L'attitude de Mme X.... reste la même jusqu'au dernier jour de sa vie. Nous ne pûmes jamais obtenir d'elle d'autre réponse que celles qui nous avaient été faites antérieurement et qui révélaient toutes ses conceptions délirantes. Ses gestes eux-mêmes étaient la confirmation absolue de ses craintes. Quant à essayer à aucun moment de redresser sa tête inclinée, la pensée ne nous en est pas venue, il est évident que nous aurions imposé à cette malheureuse femme une véritable torture, et que, d'autre part, nous n'aurions rien obtenu de satisfaisant. Nous l'avons laissée tranquille.

Elle est morte à 73 ans, vers la fin de décembre 1873, d'un rétrécissement auriculo-ventriculaire, avec une infiltration considérable des membres inférieurs, et de l'ascite. A aucun moment de sa vie, elle n'a présenté ni paralysie des membres, ni contractures. La moelle s'est lentement accommodée au tiraillement et à la compression déterminées par l'inclinaison, volontaire d'abord, forcée ensuite, de la tête en avant.

La séance est levée à 6 heures.

Dr BERTHIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.

(Année 1873).

1. *De l'influence des affections somatiques sur la marche des psychoses*, Dr Sponholz, à Charlottenbourg.

Nous avons cru que la doctrine des crises dans la folie était solidement établie ; nous l'avions admise sur la foi de nos maîtres, et, à vrai dire, quelques faits de notre pratique courante venaient, par-ci par-là, confirmer les affirmations des Pinel, des Esquirol, des Georget, des Guislain et autres. A en croire pourtant M. le Dr Sponholz, nos anciens ont fort bien pu se tromper et nous tromper avec eux.

Que disait-on, en effet, de la fièvre intermittente? Apte à produire la folie, comme épiphénomène, dans la cachexie paludéenne, ou sous la forme de manie transitoire dans le stade de chaleur, elle peut encore, lorsqu'elle survient dans le cours de l'aliénation mentale, juger cette dernière ou la modifier favorablement. Eh bien, pendant une pratique de 30 ans, basée sur l'observation de 2,000 aliénés, M. Sponholz n'a jamais rien observé de semblable. Dans deux cas cependant de fièvre larvée, il y a eu amélioration d'un aliéné et guérison de l'autre, sans doute, dit M. Sponholz, par la raison que la névralgie a produit une décharge des centres nerveux.

La fièvre typhoïde, que M. *Nasse* jeune s'obstine à considérer comme exerçant une influence considérable sur la marche de la folie, a été constamment neutre chez les malades de M. Sponholz. Une seule fois, sous l'influence de la fièvre typhoïde, une jeune campagnarde a vu ses idées délirantes s'atténuer au point de pouvoir rentrer chez elle.

Une attaque de choléra, rapidement coupée, a été suivie d'une amélioration chez un maniaque agité depuis plusieurs mois.

Kostl a bien voulu dire que la varioloïde, et même la vaccine avaient guéri des paralysies au début. La variole elle-même n'a jamais modifié en rien l'état des malades de

©BIUM

M. Sponholz. Chez une fille aliénée cependant, la guérison a suivi de près la convalescence d'une rougeole.

Dans aucun cas, M. Sponholz n'a vu la pneumonie juger ni améliorer l'aliénation mentale; il en dit autant de la tuberculose, des affections du cœur, de l'intoxication narcotique, des affections chirurgicales. En ce qui concerne ces dernières, il en excepte le phlegmon diffus; l'influence de l'érysipèle phlegmoneux est si évidente que Jacobi, pour imiter la nature ou en suivre les indications, est arrivé à instituer le traitement des frictions irritantes sur la tête. N'en déplaise aux prêcheurs d'humanité et aux admirateurs du no-restraint, M. Sponholz a conservé la tradition de Jacobi et, dans 130 cas, il a obtenu des résultats avantageux à la suite de frictions irritantes à la nuque.

Bref, M. Sponholz n'entend point nier d'une manière absolue l'intervention des crises dans la folie. Mais il voudrait n'admettre cette dénomination de crises que pour les cas où la folie, entée sur la souffrance d'un organe, guérit avec la cessation de cette souffrance, cas qui seront encore excessivement rares.

Telle est la déclaration faite par M. Sponholz au congrès psychiatrique de Berlin, le 14 décembre 1872.

2. *Des psychoses de la sénilité*, Dr Willé, à St-Urban (Suisse).

Marcé, de l'avis de M. Willé, a traité la question d'une manière assez complète pour qu'il ne reste plus que peu à glaner après lui. De là l'embarras d'analyser un travail de cette nature dont il faudrait pouvoir trier les matériaux de manière à ne mettre en relief que ceux qui présentent quelque intérêt nouveau. Le moyen de se tirer de là!

A vrai dire, bien des points touchant la sénilité sont encore controversés. C'est à 60 ans que M. Willé place le début de la sénilité, dont un des premiers signes est la diminution du poids du corps et des organes en particulier. Pour le cerveau, la régression est le plus appréciable de 75 à 85 ans, chez l'homme et de 85 à 95 ans, chez la femme. Une des conséquences de ce travail physiologique de régression est ce qu'on appelle la caducité ou la faiblesse sénile. L'affaiblissement intellectuel sénil suit nécessairement la faiblesse sénile générale; la démence sénile proprement dite est un produit pathologique et résulte d'une affection organique chez le vieillard.

Les opinions des auteurs varient sur la fréquence relative

©BIUM

de l'aliénation mentale chez le vieillard. A Rhinau, la folie sénile s'est produite dans la proportion de 8 p. 100 sur le total des admissions, d'où l'on peut conclure que la prédisposition à l'aliénation mentale est encore très-grande à un âge avancé.

Au point de vue symptomatique, étiologique et anatomo-pathologique, il importe de distinguer chez le vieillard la folie simple de la folie composée. La folie simple est telle qu'on l'observe à d'autres âges : c'est le délire aigu, c'est la manie, la mélancolie, le délire expansif ou triste; la marche, le pronostic, la terminaison, les lésions anatomo-pathologiques ne diffèrent guère. A Illenau, sur le nombre d'individus qui avaient passé l'âge de 60 ans, on a compté 24 p. 100 de guérisons; à Prague, 32,2 ; à Vienne, 31.

La démence propre à l'âge avancé, la démence sénile des Français, a son histoire à elle, ses prodromes, ses symptômes, sa marche, ses complications, ses lésions anatomiques spéciales, son diagnostic, son traitement.

La symptomatologie de la démence sénile, prodromes et symptômes de la maladie confirmée, est d'une grande importance médico-légale, si l'on songe ce que peuvent valoir certaines dispositions testamentaires prises par les malades. L'écriture des déments sénils constitue souvent des signes pathognomoniques précieux (Voyez *Marcé*). D'autres indications médico-légales se tireront de ce fait singulier, c'est que, tant au début que pendant le cours de la maladie, les malades présentent une agitation agrypnique remarquable, tandis que, pendant le jour, il se produit chez eux une somnolence marquée. On notera encore, à ce point de vue, les impulsions érotiques si variées chez le dément sénil, la cleptomanie, l'appétence pour les alcooliques.

Un des symptômes les plus importants du début même de l'affection consiste dans les lésions de la motilité, attaques épileptiformes ou épileptiques, apoplectiformes ou apoplectiques, avec hémiplégie transitoire ou permanente, compliquée ou non d'osphasie selon le côté de la lésion, paralysie faciale circonscrite aux branches qui se rendent aux muscles des ailes du nez et de la commissure de la bouche, paralysie générale progressive. Sur 67 cas de démence sénile, M. Willé a noté, au début, les attaques épileptiformes, 17 fois; les attaques épileptiques, 3 fois; l'hémiplégie s'est présentée 12 fois, passagère 7 fois et permanente 5 fois; sur ces 12 derniers cas

©BIUM

l'embarras de la parole a été noté 8 fois sur 67 admissions ; la paralysie faciale, 15 fois ; la paralysie générale, chez 18 hommes et 24 femmes.

La démence sénile compte parmi le petit nombre d'affections mentales où les lésions anatomiques sont rigoureusement déterminées. Le cerveau, les méninges présentent des lésions constantes. Chacun sait aujourd'hui que la lésion primitive est l'altération des vaisseaux : chacun sait en quoi consiste cette altération. Chacun sait encore que le traitement de cette affection incurable consiste dans les soins hygiéniques, dans la patience et l'abnégation du surveillant.

Sachons gré à M. le Dr Willé d'avoir si bien fait connaître à l'Allemagne le travail de Marcé.

3. *Du traitement des états d'agitation*, Dr Reimer, à Sachsenberg.

Les uns veulent qu'on abandonne l'agité à lui-même, qu'on le laisse en quelque sorte dépenser et user son agitation et sa fureur ; d'autres pensent, au contraire, que l'agitation comporte un traitement actif. Il est à croire que ceux qui répudient l'injection de morphine dans l'agitation maniaque, pêchent par ignorance ou ne savent point manier l'aiguille. Les phénomènes physiologiques locaux et généraux que l'on observe à la suite de l'injection indiquent que la morphine augmente la tonicité des artères. La contraction artérielle, dit M. Reimer, peut aller jusqu'à leur complète occlusion, jusqu'à l'anémie partielle du cerveau.

Si l'on admet cette théorie au sujet de l'action physiologique de la morphine, si l'on admet, d'un autre côté, que les formes maniaques de la folie impliquent nécessairement une hypérémie cérébrale, on ne pourra manquer de convenir que la morphine doit être en quelque sorte le spécifique de ces formes phrénopathiques.

Mais il faut distinguer les cas et savoir doser le médicament.

Au moment de l'admission d'un malade à l'asile, dans les cas de manie récente, avec agitation considérable, que l'agitation ait atteint subitement ou lentement son maximum d'intensité, ou que même, par le simple fait de conditions meilleures, l'agitation tende rapidement à décroître, faut-il immédiatement entreprendre le traitement par les injections de morphine? Non. D'un côté, les doses élevées du traitement ordinaire n'ont aucune action sur ce degré d'agitation ; de

©BIUM

l'autre, vous exposez la vie de votre malade, surtout en associant le chloral à la morphine. Mais il en sera autrement lorsque, chez le même malade, après une rémission plus ou moins longue, l'agitation menace de se reproduire. Alors l'injection de morphine aura le meilleur résultat; elle sera surtout efficace dans les cas où se présentent des anomalies de la sensibilité générale, de la sensibilité de la peau, des organes génitaux. Le résultat sera moins appréciable, même nul, dans les cas d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, à moins que ces dernières ne s'accompagnent d'hypérémie cérébrale.

Si l'on veut maintenant procéder avec prudence et éviter tout accident, on se conformera aux préceptes suivants : pas plus de deux injections dans les 24 heures; — dose initiale, 0,01 à 0,015, ou moins encore ; — augmentation de 0,005 à 0,01 par jour, si le malade ne vomit pas; — dose maximum, dans les cas sérieux, 0,05 à 0,06 deux fois par jour; exceptionnellement, on peut arriver à doubler cette dose; — le lieu d'élection le plus favorable pour la piqûre est le cou ; dans le cas de névralgies, c'est le point douloureux qui devient le lieu d'élection ; — si vous ne parvenez pas à provoquer le sommeil, injectez la morphine le matin, et donnez le soir le chloral; au besoin encore, on peut combiner le chloral à la morphine, 0,01 à 0,02 pour 1 à 2 grammes de chloral.

C'est ainsi que, au moyen de l'injection de morphine à dose croissante et décroissante, on peut traiter sans danger, pendant des mois, un grand nombre d'états d'agitation, calmer les aliénés, les rendre au travail, les soulager toujours et enfin les guérir.

Mais le triomphe de la morphine est le traitement, par les injections, de la manie intermittente. Tel malade, et les asiles en voient beaucoup, vaque tranquillement à ses occupations pendant des semaines, des mois ; tout à coup, il abandonne son travail, et, si alors on le questionne, on apprend qu'il n'a pas dormi, que des influences ont agi sur lui; on remarque en même temps une dilatation des pupilles, des tremblements, la tête est chaude, etc ; Eh bien, abandonnez le malade à lui-même, il en aura pour des semaines et des mois d'une agitation plus ou moins violente ; au contraire, faites-lui une injection de 0,03 à 0,04, et vous avez toute chance de couper l'accès.

L'injection de morphine n'est pas même contre-indiquée dans les accès d'agitation des paralytiques; le médicament

©BIUM

s'adresse à l'hypérémie cérébrale, ralentit le travail morbide et améliore en réalité la situation générale.

Crichton-Brown, se fondant sur le fait indiqué par *Brown-Séquard* que l'ergotine contracte les vaisseaux de la molle, a employé l'ergot de seigle dans différentes formes de folie, surtout dans la folie circulaire, la manie périodique et épileptique, et il prétend en avoir obtenu de bons résultats. Ne serait-il pas possible d'injecter l'ergotine? M. Reimer a essayé, mais ses piqûres n'ont produit que des abcès.

Dans le cas d'explosion subite de manie furieuse, l'injection ne trouve pas son indication, mais doit être remplacée par le bromure de potassium à haute dose.

C'est ainsi que dans la morphine, le chloral et le bromure de potassium, employés isolément, ou combinés entre eux, nous trouvons une médication sûre contre toutes les formes de l'agitation.

Mais il est des cas où la morphine est formellement contre-indiquée, par suite de l'anémie du cerveau. M. Reimer insinue que, dans ces cas spéciaux, le nitrate d'amyle pourrait bien rendre des services; le nitrate d'amyle accélère le pouls et augmente l'afflux du sang au cerveau, mais son action, quoique très-énergique, est très-fugace, trop fugace, et ne saurait remplacer celle de l'alcool, de l'éther et du fer.

4. *Sur la dégénérescence cystoïde de la substance corticale du cerveau.* — Dr Ripping, à Siegburg.

Voici ce que c'est : Il s'agit de nombreux petits kystes de la grosseur d'une tête d'épingle, trouvés quelquefois dans la substance grise des paralysés. A la surface de l'organe, ils se présentent sous la forme de petites élevures d'un bleu-gris. En incisant ces élevures, on trouve un petit creux rond ou ovale, recouvert et séparé également de la substance blanche par une mince couche de substance corticale, contenant une petite gouttelette de liquide qui reste adhérente au scalpel. A l'œil nu, on voit ces creux divisés en plusieurs parties par un cloisonnement mince. Dans un pouce carré on a compté jusqu'à seize de ces kystes. Le microscope fait voir que le liquide contient un grand nombre de petits disques, pâles, ronds, pourvus d'un noyau, quelques cellules nerveuses, et par-ci par-là, une paillette de cholestérine. A proximité et autour du kyste, les parois des vaisseaux sont épaissies, granuleuses; des tractus de tissu cellulaire existent parallèlement aux vais-

©BIUM

seaux. — Voici maintenant comment M. Ripping explique la formation de ces kystes : Par suite de l'épaississement noueux des parois vasculaires et de l'induration cellulaire ambiante, il se forme, sur le parcours des vaisseaux, des espaces intervasculaires qui se transforment en véritables kystes. Les cloisons pourraient bien être de la substance nerveuse comprimée et atrophiée. — Suivent cinq observations.

5. *Où placer les condamnés aliénés?* — Dr Gatsch, médecin de la maison centrale de Bruchsal.

La réunion, dans un asile central, des condamnés qui deviennent aliénés et des aliénés qui deviennent meurtriers, n'est pas admissible, parce que ces derniers ne sont pas des criminels, mais simplement des fous dangereux, à l'état desquels il faut que l'asile ordinaire adapte son organisation. Le caractère de la maison centrale et les formes d'aliénation qui s'y rencontrent exigent simplement et nécessairement le placement des criminels aliénés dans une dépendance de la maison de détention. Cette création d'une dépendance spéciale de la maison de détention doit joindre aux conditions de sûreté que peut donner une prison les conditions de traitement médical et hygiénique qui appartiennent aux établissements hospitaliers, de telle sorte que l'on concilie les exigences du traitement avec les exigences de la justice. — C'est à cette dépendance de la maison de détention que doivent être envoyés tous les détenus qui deviennent aliénés; c'est à l'asile qu'appartiennent tous ceux qui ont commis un acte criminel en état d'aliénation mentale. C'est encore à l'asile qu'appartient, après l'expiation, le criminel aliéné dont l'état mental exige encore des soins spéciaux.

Dr Hildenbrand.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE.

1. — *Considération sur le siége, la nature, les causes de la folie paralytique*, par le Dr Ch. Burlureaux. Paris, J.-B. Baillière, 1874. 2. — *Du délire des actes dans la paralysie générale*, par le Dr F. Darde. Paris, J.-B. Baillière, 1874.

Une monographie complète, à la fois clinique et théorique, de la paralysie générale, est encore à faire. Depuis la publication, en 1826, de l'excellent ouvrage de M. Calmeil — heureux essai de coordination des faits alors connus sur une maladie qui venait à peine d'être distinguée des autres formes de l'aliénation mentale, — depuis cette publication, ce sujet, fouillé avec soin, s'est considérablement agrandi. Gráce aux nombreuses observations recueillies avec détails, les questions que suscite l'étiologie de cette importante maladie ont pu être étudiées avec plus de méthode; les symptômes ont été analysés avec une exactitude rigoureuse, et, par cela même, le médecin possède des éléments plus sûrs pour le diagnostic différentiel; enfin, résultat très-important, les diverses phases de l'évolution de ce processus morbide ont été décrites avec une grande précision et l'anatomie pathologique, ne se contentant plus exclusivement de l'étude macroscopique des lésions, a appelé à son aide le microscope pour la recherche et la description des altérations que l'on découvre dans l'intimité des tissus du cerveau et de la moelle épinière. Tous les matériaux — ou peu s'en faut — nous paraissent donc prêts pour l'édification d'une œuvre de littérature médicale, destinée à trouver sa place à côté des savantes monographies de M. Briquet, sur l'*hystérie*; de M. Delasiauve, sur l'*épilepsie*, etc. En attendant cette œuvre d'ensemble, les deux mémoires que nous allons analyser pourront être consultés avec fruit.

I. Le travail de M. Burlureaux, comme l'indique son titre, se divise en trois parties d'inégale importance. Le premier chapitre traite du siége de la paralysie générale. Après un historique un peu confus des différentes théories qui ont été émises sur ce sujet et que nous aurions désiré voir classées d'une façon plus méthodique, l'auteur conclut avec raison que le siége de cette maladie est la périphérie de l'encéphale et les

©BIUM

méninges, et qu'une lésion qui se propage dans l'encéphale du centre à la périphérie, n'amène la paralysie générale que quand la substance corticale est atteinte. La seconde partie est consacrée à la nature de la maladie et en démontre l'origine inflammatoire à l'aide de preuves tirées des lésions, des symptômes et des indications fournies par la thérapeutique. Les preuves les plus péremptoires de cette opinion nous semblent être l'importance des troubles vasculaires, la nature des lésions et les perturbations de la température que M. Aug. Voisin a constatées dans un grand nombre de cas. Le troisième chapitre, le plus long et aussi de beaucoup le plus important de ce travail, traite des causes et leur étude est déduite des théories développées dans les deux chapitres précédents. L'auteur ne se contente pas, en effet, d'une énumération banale des causes de la paralysie générale ; il s'applique surtout à en expliquer le mécanisme physiologique. Partant du principe précédemment démontré, que le phénomène primitif de la maladie est un afflux exagéré du sang dans les parties périphériques de l'encéphale, il établit deux classes distinctes de causes : 1° celles qui modifient la pression sanguine de façon à provoquer un afflux exagéré dans les organes encéphaliques ; 2° celles qui modifient la résistance vasculaire de façon à permettre un afflux sanguin exagéré. Les premières, qui sont sous la dépendance de la force propulsive du cœur, se divisent naturellement en deux groupes, suivant que cette force est diminuée ou augmentée. La diminution de la force propulsive du cœur amenant une stase veineuse et capillaire comme dans la convalescence des maladies aiguës, l'auteur place dans ce groupe les quelques cas de paralysie générale observés à la suite de la variole, du choléra, de la fièvre typhoïde. Quant aux causes agissant sur l'augmentation de la force propulsive du cœur, M. Burlureaux les énumère ainsi qu'il suit : « Un » excès d'alcool, des excès répétés bien que peu considérables, » des émotions morales, précipitant les battements cardiaques, » suffisent chez les individus prédisposés pour amener des » congestions céphaliques. » « Or, ajoute-t-il, ces prédisposi- » tions étant généralement héréditaires, nous serons conduit » à étudier l'influence de l'hérédité sur la paralysie générale » et l'influence des tempéraments. »

Dans la seconde classe, avons-nous dit, entrent toutes les causes agissant sur les vaisseaux encéphaliques. Elles se divisent aussi en deux groupes : 1° celles qui amènent le relâche-

©BIUM

ment paralytique de leurs parois (influences morales, travail exagéré des cellules cérébrales, froid prolongé, abus de coït, abus de l'opium, du tabac, etc.); 2° les diverses altérations nutritives des mêmes parois vasculaires, dont les plus fréquentes sont dues à l'alcoolisme.

L'action de chacune de ces causes est étudiée avec détails et nous trouvons, à l'appui de la démonstration, un grand nombre d'observations intéressantes, recueillies pour la plupart dans le service de M. Aug. Voisin, à la Salpêtrière. Le travail se termine par quelques considérations sur les rapports qui peuvent exister dans certains cas entre l'épilepsie et la paralysie générale, sur l'inflammation lente de l'encéphale et des méninges provoquée par les tumeurs cérébrales et enfin sur la paralysie générale consécutive à l'ataxie locomotrice, signalée pour la première fois, en 1861, par M. Baillarger.

II. La thèse de M. Darde, sur le *délire des actes dans la paralysie générale* est un résumé rapide de tout ce qui est connu sur cette importante question. L'auteur s'est attaché surtout à montrer comment les actes des paralytiques généraux pouvaient se différencier de ceux commis dans les autres formes d'aliénation mentale. S'appuyant sur vingt-deux observations recueillies au bureau central d'admission de Sainte-Anne, il passe rapidement en revue toutes les extravagances, toutes les excentricités que commettent ces malades, depuis leurs achats inconsidérés jusqu'aux vols et aux tentatives de suicide et d'homicide ; il fait particulièrement ressortir le caractère puéril et inconséquent de tous ces actes et combien leur accomplissement est généralement bien en rapport avec la profonde déchéance intellectuelle et morale des paralytiques. Son travail se divise en deux parties : dans la première, l'auteur classe les actes commis dans la forme expansive, il y fait rentrer les vols et les faits qui ressortent plus spécialement de la vie journalière ; la seconde est consacrée à l'étude des actes commis dans la forme dépressive et M. Darde y étudie particulièrement le suicide et l'homicide. Cette ligne de démarcation me paraît trop tranchée ; en effet, les paralytiques à forme dépressive peuvent commettre des vols et faire des dépenses exagérées, de même que ceux à forme expansive ont quelquefois des idées de suicide qu'ils mettent même à exécution. Je citerai, comme exemple, le cas d'un malade que je vois depuis quelque temps et qui présente les symptômes les plus caractéristiques de la

©BIUM

forme expansive. Il promet des décorations à tout le monde et veut signer des billets de plusieurs millions pour enrichir les médecins qui le soignent; mais, parmi toutes les idées excentriques qui ne font, le plus souvent, que traverser son cerveau, il y en avait une qui persista pendant plusieurs jours : il se croyait et se disait propriétaire des docks de Londres et voulait s'en aller pour les vendre. Ne pouvant mettre son projet à exécution, il avoua qu'il se tuerait. Un jour, en effet, trompant la vigilance de ses gardiens, il parvint à s'emparer d'un couteau et se fit une égratignure au cou et une légère entaille au niveau du cœur ; puis il alla lui-même raconter au surveillant ce qu'il venait de faire et les motifs qui l'avaient poussé à commettre cet acte. Cet exemple et quelques autres que l'on pourrait citer prouvent combien il est difficile de faire des distinctions bien nettes, quand il s'agit d'actions aussi mobiles que celles des paralytiques, et que les idées hypochondriaques ou le délire des persécutions ne sont pas les seules manières d'être qui favorisent le suicide et même l'homicide dans la paralysie générale. Aussi M. Darde a-t-il eu raison d'apporter un correctif à sa classification, en disant (p. 34) : « Quelquefois, mais rarement, le délire de satisfaction peut être mis en cause » dans les tentatives de suicide ou d'homicide. — En terminant l'analyse de cette thèse, nous exprimerons un regret : le sujet prêtait à d'importantes considérations de médecine légale, pourquoi l'auteur n'a-t-il fait qu'effleurer cette partie de sa tâche dans les quelques pages qu'il a consacrées aux vols commis par les paralytiques ?

Dr Ant. Ritti.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

— Leçons sur la physiologie normale et pathologique du système nerveux ; par M. le docteur Poincaré ; t. II°, avec figures intercalées dans le texte ; Paris, 1874, chez J.-B. Baillière.

— De la catalepsie chez les aliénés, par M. le docteur Ch. Louis ; Paris, 1875, chez G. Masson, 17, Place de l'Ecole-de-Médecine ; in-8° de 69 pages ; prix, 2 fr.

— Leçons sur la structure et les maladies du système nerveux, par M. le docteur Luys, médecin de la Salpêtrière, recueillie par J. Dave, interne du service ; Paris, 1875, chez J.-B. Baillière, 19 rue Hautefeuille ; vol. in-8° de 78 p. avec une planche et une annexe ; prix 3 fr.

©BIUM

— Des aliénés et des asiles d'aliénés, par M. le docteur Jules Dagron; Paris, 1875, 2e et dernière partie ; vol. in-8o de 145 p.

— Des propriétés physiologiques du bromure de camphre et de ses usages thérapeutiques, par M. le docteur Louis Pathault; Paris, 1875, chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine br. in-8° de 46 p.; prix 1 fr. 25.

— Observations on the insanity of pregnancy and Child birth, par le docteur Georges A. Savage; br. in-8° de 35 p.

Thèses de Paris

1875 (suite).

10. Laurent. De la stupeur dans les formes dépressives de la folie.

19. Vallantin. Recherches sur les causes de l'hémiplégie chez les enfants.

51. Boutges. De la forme comateuse de l'hystérie.

52. Lurat. Etude sur le suicide des aliénés.

66. Juif. De l'anesthésie alcoolique.

75. Charrier. De l'épilepsie traumatique et consécutive aux plaies de la tête et de la trépanation.

82. Contribution à l'étude symptomatique et diagnostique de l'hémorrhagie cérébelleuse.

107. Fabry. Du traitement de la chorée par les pulvérisations d'éther et les lotions glacées le long de la colonne vertébrale.

118. Carel. Esquisse des récents travaux sur l'anatomie normale et pathologique du bulbe rachidien.

122. Marc Lorin. Aperçu général de l'hérédité et de ses lois.

129. Moreau (de Tours). De la contagion du suicide à propos de l'épidémie actuelle.

134 Szerlecki. Essai sur la physiologie pathologique et sur le traitement des délires causés par l'abus des médicaments dystrophiques dits *d'éparque*.

138. Durdos. Des accidents nerveux tardifs dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

141. Lenepveu de Carfort. Du délire dans le cours de la fièvre typhoïde.

143. Lemaire. De l'emploi thérapeutique du phosphore dans quelques affections du système nerveux.

146. Pathault. Des propriétés physiologiques du bromure de camphre et de ses indications thérapeutiques.

152. Soudée. Des troubles fonctionnels du pneumo-gastrique chez les femmes hystériques.

160. Lewis Lebeau. Contribution à l'étude de l'encéphalocèle acquise.

167. Louis. De la catalepsie chez les aliénés.

182. Nouët. Des complications cérébrales du rhumatisme articulaire aigu traitées par les bains.

186. Parant. De la possibilité des suppléances cérébrales.

187. Quintard. Forces morales médicatrices.

©BIUM

VARIÉTÉS.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêté du* 30 *mai* 1875. — M. le Dr Pons, ancien interne des asiles de Marseille et de Quatre-Mares a été nommé médecin adjoint de l'asile de Toulouse.

— *Arrêtés du* 20 *juillet* 1875. — M. le Dr Arthaud, médecin en chef du quartier d'aliénés de l'Antiquaille, est nommé directeur-médecin de l'asile public de Bron (Rhône) (place créée). M. Arthaud est admis à la 1re classe de son grade (7,000 fr.).

— M. le Dr Dufour, médecin adjoint de l'asile Sainte-Jammes, est nommé médecin adjoint de l'asile de Bron (place créée). Le traitement de M. Dufour est fixé à 3,000 fr.

Société médico-psychologique. — Prix Aubanel.

La Société médico-psychologique décernera au mois d'avril 1878, le *prix Aubanel*, de la valeur de 2.400 francs, à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Etudier au point de vue clinique et médico-légal, à tous ses degrés, sous ses différentes formes, et principalement à son début, l'affaiblissement intellectuel symptomatique des affections organiques du cerveau.

» La Société médico-psychologique appelle particulièrement l'attention des candidats sur l'état mental des apoplectiques, et insiste sur l'importance d'une étude comparative de l'affaiblissement intellectuel au début de la démence sénile et de la démence paralytique. »

Les mémoires porteront un épigraphe reproduit dans un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de leur auteur.

Les manuscrits, écrits en français, devront être parvenus avant le 31 décembre 1877 à M. le Dr. Motet, secrétaire général de la Société, à Paris, 161, rue de Charonne.

La magistrature et les aliénistes en Angleterre.

On se souvient d'un fanatique du nom de O'Connor qui, en 1873, s'approcha de la reine en lui présentant d'une main un pistolet non chargé et de l'autre une pétition pour l'élargissement des prisonniers fénians. Cet individu fut arrêté, et malgré les dépositions des médecins qui attestaient son état d'aliénation mentale, condamné à quelques années de servitude pénale. Gracié l'année dernière, O'Connor n'a pas cessé de donner des signes de folie, et dernièrement, il a été arrêté de nouveau près de *Buckingham Palace*, au moment où il se disposait à commettre un attentat semblable au précédent. Cette fois il n'a plus été question de le condamner, mais bien de l'envoyer dans un asile d'aliénés. De tout ceci il résulte que si, en 1873, les juges avaient pris en considération la déposition des médecins

©BIUM

qui attestaient la folie de O'Connor, la reine n'aurait pas été exposée à de nouveaux attentats de la part de cet aliéné. On voit donc que, en Angleterre comme en France, les tribunaux ne font pas toujours cas des renseignements qui leur sont fournis par des hommes compétents.

(*Gazette hebdomadaire* du 4 juin 1875.)

Loi autorisant le département de Loir-et-Cher à contracter un emprunt pour l'agrandissement de l'asile des aliénés de Blois.

L'Assemblée nationale a adopté la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Le département de Loir-et-Cher est autorisé, conformément à la demande que le Conseil général en a faite dans sa session d'octobre 1874, à emprunter, à un taux d'intérêt qui ne pourra dépasser 5 1/2 p. 100, une somme de deux cent mille francs (200,000 fr.), qui sera affectée à l'agrandissement de l'asile des aliénés de Blois.

Cet emprunt pourra être réalisé, soit avec publicité et concurrence, soit par voie de souscriptions, soit de gré à gré avec faculté d'émettre des obligations au porteur ou transmissibles par voie d'endossement, soit directement auprès de la caisse des dépôts et consignations.

Les conditions des souscriptions à ouvrir, ou des traités à passer de gré à gré, seront préalablement soumises à l'approbation du ministre de l'Intérieur.

Art. 2. — Il sera pourvu au remboursement et au service des intérêts de l'emprunt autorisé par l'article ci-dessus, au moyen de prélèvements opérés sur les ressources spéciales de l'asile, ou, au besoin, sur le budget départemental.

Délibéré en séance publique, à Versailles, le 5 juillet 1875.

Le suicide chez les musulmans de l'Algérie.

Depuis quelques années, les cas de suicide se multiplient chez les indigènes de l'Algérie, et malheureusement dans des proportions croissantes. Il est de notre devoir d'appeler leur attention sur des faits aussi déplorables, au point de vue de l'individu, de la famille et de la société, afin de tâcher d'en prévenir les retours et la honteuse imitation.

Ce qu'il y a de fort singulier, c'est que les suicides signalés dans ces dernières années ont presque constamment pour cause des motifs extrêmement futiles. Celui-ci se tue parce que son frère refuse la somme nécessaire pour faciliter son mariage; — celle-là par jalousie des préférences que son mari accorde à sa nouvelle épouse; — l'un par désespoir de n'avoir pu encore remplir ses devoirs conjugaux; — l'autre parce que son mari lui a fait des reproches un peu vifs sur la tenue du ménage, etc.

Y a-t-il dans ces diverses circonstances quelque raison assez puissante pour excuser un acte aussi grave que le suicide.

On comprendrait à la rigueur que le dégoût de la vie puisse égarer la raison de ceux qui craignent la persécution, subissent d'atroces traitements, la misère la plus effrayante, etc.; mais

©BIUM

nous en appelons hautement à la conscience des indigènes algériens : en quel temps ont-ils jamais joui de plus de protection, de bienveillance, de justice éclairée, de moyens d'assistance, que sous le gouvernement français? Leur religion, leurs biens, leurs familles, leurs propriétés ne sont-ils pas respectés avec l'équité la plus scrupuleuse.

Essayons de raisonner un peu sur le sujet du présent entretien; nous dirons donc aux musulmans de la colonie :

De quel droit vous retranchez-vous volontairement du nombre des vivants? Y êtes-vous donc isolés, livrés à vos seuls intérêts personnels? L'homme ne fait-il pas, sur terre, partie d'un tout qu'on appelle société? n'est-il pas un grain de cet immense chapelet dans lequel il se trouve rattaché au grain précédent par les liens de la famille, — au grain actuel par ses devoirs envers lui-même, envers son prochain, envers Dieu, — enfin au grain suivant par ses enfants et par le jugement de ses œuvres terrestres?

En vérité, celui qui se donne la mort ne croit à rien, ni à sa *patrie*, c'est un mauvais citoyen qui déserte son poste, et retire son bras à la défense et à la protection de ses semblables; — ni à sa *religion*, « car l'homme ne meurt que par la volonté de Dieu » (Koran, sourate III, verset 159); — ni à *Dieu*, car il est dit dans le Livre des Livres (sourate II, verset 150) : « Nous vous éprouverons par la terreur et la faim, par les pertes dans vos biens et dans vos hommes, par les dégâts dans vos récoltes. Mais toi, ô Mohammed, annonce d'heureuses nouvelles à ceux qui souffrent avec patience; » — ni à la *vie future* : Dieu vous a dit (Koran, sourate XVII) : « Nous avons préparé un supplice terrible à ceux qui ne croient point à la vie future...! l'homme est prompt de sa nature..., au jour de la résurrection, nous lui montrerons un livre qu'il trouvera ouvert... lis dans ton livre, lui dirons-nous; » — ni aux *lois divines*, car le Prophète a dit (sourate XVII, verset 35) : « Ne tuez point l'homme; Dieu vous l'a défendu. »

Croyez-vous donc qu'abandonner ainsi volontairement la vie ce soit un acte de courage? Non certes : c'est bien plutôt une lâcheté, parfois un sot orgueil, le plus souvent un défaut de solidité dans le jugement, de sang-froid dans les épreuves et les déceptions de ce bas monde. Le Prophète n'a-t-il pas dit : « Si un homme est dans la peine, qu'il dise : O Dieu! mon hattaïa est entre tes mains; pleurant, je me prosterne devant ta sagesse, j'attends sous l'arbre de ta justice! je t'invoque par tous les noms que tu t'es donnés, inscrits par ton ordre dans le Livre inspiré! Cette lecture céleste est la guérison de mon âme, la consolation de mon deuil, le baume qui dissipe mes peines et mes soucis! »

Celui qui supporte et affronte la douleur physique ou morale n'est-il pas plus brave que celui qui fuit, s'éloigne de la lutte, se dispense ainsi du sacrifice, de la vertu et du devoir, pour mieux éviter toute responsabilité sur terre et chercher dans une autre vie un calme facile qui n'aura coûté ni douleurs ni larmes?

©BIUM

Bien plus : le suicidé est un égoïste qui, plaçant sa cause toute personnelle au-dessus du dévouement qu'il doit à sa famille, ne rougit pas de l'abandonner et parfois d'être cause de la ruine, de la misère de ses enfants.

« La vertu ne consiste pas à ce que vous tourniez vos visages du côté du Levant ou du Couchant, dit le Koran (sourate II, verset 172). Vertueux sont ceux qui croient en Dieu et au jour dernier; qui donnent pour l'amour de Dieu *des secours à leurs proches*; qui se montrent *patients dans l'adversité, dans les temps durs et les temps de violences*. »

Le suicidé est donc un révolté contre Dieu et la société, en d'autres termes, un grand coupable, car il est responsable de son crime. Aussi de tout temps, chez les nations civilisées, de pareils actes de désespoir exagéré ont-ils toujours été sévèrement réprouvés. A Athènes, la main des suicidés était brûlée séparément du corps. Tarquin l'Ancien, roi de Rome, privait de l'inhumation le cadavre de celui qui s'était donné volontairement la mort. Plus tard, chez les Romains, son testament était annulé et il était défendu de porter son deuil. Il n'y a pas longtemps qu'en Angleterre le cadavre du suicidé était privé de sépulture et jeté à la voirie, et qu'en France on le traînait ignominieusement dans les rues. Le roi de Saxe décidait au commencement de ce siècle, que les corps des suicidés seraient livrés aux tables de dissection anatomique. Enfin, El-Charani, auteur célèbre, a rappelé cette parole du Prophète :

« Dieu défend le paradis à celui qui se tue volontairement, » et il ajoute : « le coupable est un infidèle aux yeux de Dieu. »

Contre ces honteuses manifestations ultimes de l'égarement, un bon musulman doit donc réagir de toutes les forces de son intelligence et de sa foi. Aâmer ben El-Khettab a dit : « Contre un malheur, Dieu m'envoie toujours trois bienfaits pour me consoler, car il aurait pu m'affliger par une plus grande peine; — je suis atteint dans ma position sur cette terre, mais nullement dans ma croyance; — Dieu m'en tiendra compte au jour de la résurrection. »

Que ne tenez-vous un pareil langage, quand votre âme s'abandonne à une tristesse criminelle et qu'elle a soif d'un repos consolateur? N'avez-vous pas la force de dompter de mauvaises pensées? Le fort, a dit le Prophète, est celui qui *se domine* et *se possède* dans la colère, ou qui, étant de nature violente et enclin à maltraiter les autres, ne se laisse pas subjuguer par l'*emportement* et n'agit point par l'entraînement de la colère. » Et rappelez-vous aussi le verset 128 de la sourate III du Koran : « Les jouissances du paradis sont réservés à ceux qui maîtrisent leur colère. »

Dr E. Bertherand.

(*L'Akhbar* du 19 février.)

Incendie de l'asile de Beaufort.

Une dépêche de Québec, du 30 janvier, annonce que dans la nuit du 29, un incendie a détruit l'asile d'aliénées de Beaufort. Trois de ces malheureuses ont été brûlées vives. Les autres,

©BIUM

au nombre de trente-cinq, ont été transférées dans un autre asile, mais au prix des plus graves difficultés.

Quelques-unes de ces pauvres folles s'étaient blotties dans des coins d'où elles se refusaient obstinément de sortir. D'autres s'étaient cachées au fond des caves, où on les a trouvées tremblantes de froid et de peur. D'autres enfin avaient grimpé sur les toits, et il a fallu employer la force pour les faire descendre.

On croit que le feu a été allumé dans sa cellule par une folle d'un caractère dangereux.

Le terrible événement de Saint-Maurice-sur-Aveyron (Loiret).
(Sept victimes.)

Il existe dans beaucoup de villages des êtres que l'aliénation mentale rend inconscients de leurs actes. Ils s'en vont vaguant de hameau en hameau, pour provoquer la pitié et le plus souvent la terreur. Nul n'y fait attention; beaucoup s'en amusent. Les maires n'en ont généralement aucun souci, et quand quelques-uns, voyant dans la présence de ces fous un danger public, s'occupent de les faire enfermer, ils se heurtent à des difficultés qu'ils ne peuvent pas toujours surmonter. Ce n'est trop souvent qu'à la dernière extrémité qu'on se décide à prendre des mesures énergiques. Puisse le terrible exemple de ce qui vient de se passer à Saint-Maurice, ne pas être inutile, et appeler sur les malheureux fous, trop nombreux, hélas! — une surveillance plus attentive.

Voici les faits dans toute leur horreur.

Jean Michot vivait depuis longtemps au village de Saint-Maurice-sur-Aveyron. Après avoir satisfait au service militaire, et avoir servi dans l'infanterie de marine, il était allé se retirer au hameau de Breuil. Il s'y maria et eut un enfant. Devenu veuf, il épousa en secondes noces Pauline Jarry, dont il a eu deux enfants à peine âgés de quelques années.

Il y a environ sept ans, Michot fut douloureusement éprouvé. Homme d'une force physique plutôt au-dessus qu'au-dessous de la moyenne, il avait la tête faible. Son intelligence était peu développée et sa raison était si chancelante que la moindre secousse pouvait achever de la faire disparaître. Cette circonstance se produisit malheureusement. Une nuit, Michot fut réveillé aux lueurs sinistres de l'incendie, le feu était à une ferme tout à fait voisine. Michot crut voir flamber sa propre maison et l'impression qu'il en éprouva fut si vive, qu'elle détermina, à quelques jours de là, une attaque d'épilepsie. Puis l'épilepsie dégénéra en folie, et il eut plusieurs accès dans lesquels la folie s'accusait avec une telle violence, que Michot était partout considéré comme un homme dangereux dans de pareils moments.

Lundi matin, sur les huit heures, une querelle qui s'éleva entre lui et sa femme, détermina un nouvel accès. Michot, pris subitement d'une rage insensée, saisit sa femme par les cheveux, la renverse, lui frappe à coups redoublés la tête sur

©BIUM

le carreau. Aux cris poussés par la victime, les voisins accourent. Ils s'emparent du forcené, non sans peine, et lui attachent les mains avec une lanière de cuir. Puis ils l'enferment, emmenant la pauvre femme toute meurtrie, qu'un voisin fit coucher dans sa maison.

Il est impossible de dépeindre la fureur qui s'empara alors de Michot. Resté seul, exaspéré de son impuissance, voyant sa victime lui échapper, il mord avec rage les liens qui joignent ses mains. Par un effort surhumain, il parvient à se dégager, s'arme d'un *gaujard*, sorte de serpe munie d'un manche, avec laquelle on émonde les arbres, et brandissant cet instrument qui devait devenir si terrible entre ses mains, il s'élance à la poursuite de sa femme, arrive devant la maison où elle s'était réfugiée, tourne comme une bête fauve autour de l'habitation fermée ; puis avisant une fenêtre, il l'enfonce d'un seul coup. Affolés par la peur, les gens de la ferme s'enfuient et la malheureuse femme se trouve seule, sans défense, à la merci du forcené. « Lève-toi, lui dit-il, habille-toi et tu vas me suivre. » Elle obéit en tremblant. Lui, avec une tranquillité apparente, attend qu'elle soit habillée, puis d'un seul coup de *gaujard* il lui tranche la tête et l'étend morte à ses pieds.

Après ce premier forfait, le misérable forcené se livre à une course furibonde. Le premier être vivant qu'il rencontre sur son passage est un chat. Il s'élance sur lui et il le broie littéralement ; puis il se rend aux Millerois, à un kilomètre de chez lui. C'est là qu'il rencontre la veuve Faisy, qui travaillait dans un champ. Il l'atteint bientôt et lui fend la tête.

C'est en redescendant ensuite vers le hameau des Bûcherons, qu'il rencontre M. l'abbé Rocher, curé de Saint-Maurice. Celui-ci venait de voir un malade, et rencontrant le sieur Demerger, accompagné de son enfant, âgé de quatre ans, il lui demanda la route la plus courte, pour aller voir un malade.

— Venez avec moi, M. le curé, dit Demerger, je vais vous mettre dans votre chemin.

A peine avaient-ils fait quelques pas qu'ils aperçurent Michot toujours armé de son terrible *gaujard*.

Voilà Michot qui est dans sa folie, dit Demerger au curé, tâchons de l'éviter.

— Bah ! dit le malheureux prêtre, en ne lui disant rien, il ne nous dira rien non plus.

Michot passa, effectivement, sans s'arrêter, puis se ravisant il retourna vers l'abbé Rocher, et lui fendit la tête en deux.

Saisi d'une terreur facile à comprendre, Demerger prend son enfant dans ses bras et s'enfuit. Mais le fou se met à sa poursuite; il va l'atteindre, quand tout à coup une idée l'arrête et il retourne s'acharner sur le cadavre du malheureux curé.

Le témoin Demerger, dit qu'il est impossible de concevoir l'état d'exaspération dans lequel se trouvait le fou. Il ne courait pas, il volait. Il faisait des bonds de quatre à cinq mètres. Quand on releva le corps de l'abbé Rocher, on constata que ses restes étaient méconnaissables. Il avait la tête fendue en quatre et c'est à peine s'il restait trace de figure humaine.

©BIUM

Ce nouveau crime accompli, Michot entre chez les époux Tonnelier, dits Mourache, vieillards sexagénaires, et là sans rien dire, sans proférer une menace, ils se jette sur le mari et d'un coup lui fait voler la tête entièrement séparée du tronc. Il se retourne pour tuer la femme de la même manière, mais celle-ci pare le coup avec son bras, et l'instrument lui tranche net le poignet. La main tomba par terre. La femme Tonnelier est morte à l'hospice de Montargis des suites de sa blessure.

Michot cependant court à la recherche d'autres victimes.

Ici se place un détail touchant et navrant à la fois. Un métayer et sa femme, les époux Thierry, épouvantés, s'étaient renfermés à l'approche du fou furieux. Tout à coup une pensée terrible s'empara de leur esprit : leurs enfants étaient à garder des volailles non loin de là. S'ils avaient été victimes de la fureur de ce forcené ! Leur triste pressentiment n'était que trop justifié, du moins en partie. L'une, une petite fille de 9 ans, avait été foudroyée d'un seul coup. L'autre, un enfant de 5 ans, avait eu la présence d'esprit de se blottir dans un buisson, et elle n'en sortit qu'à la voix de sa mère.

Le fou, poursuivant sa course furibonde, arriva au hameau des Dorsoirs, chez un nommé Tellier. Celui-ci dormait ; il entendit ouvrir la porte, puis la refermer. Il vit ensuite un homme pénétrer dans son écurie et s'emparer d'une fourche de fer. Il se lève pour la reprendre, et court au fou. Mais celui-ci lui assène sur la tête un coup si terrible, qu'il l'étend roide mort.

Tellier était la septième victime.

Cependant, quelques habitants de la commune s'étaient mis à la poursuite du fou. S'ils ne l'ont pas atteint, ils l'ont approché d'assez près, car Michot a reçu un coup de fusil chargé à petit plomb, qui, du reste, ne lui a pas fait grand mal et ne l'a pas empêché de gagner le hameau de Fontainejean, où s'est passé le dramatique incident de son arrestation.

Michot n'avait plus son gaujard, il était maintenant armé de de la fourche du malheureux Tellier. Il se disposait à en faire encore un terrible usage contre l'enfant du sieur Baratin lorsque celui-ci, voyant le danger, s'arma d'une longue barre de fer et s'élança au devant du meurtrier.

A la vue de cette résistance, Michot, que l'instinct de la conservation n'a pas abandonné, s'arrête et dit à Baratin :

— Toi, je ne t'en veux pas ; tu es mon camarade. Donne-moi une poignée de main.

— C'est bien, dit Baratin, mais l'on ne donne pas de poignées de main avec des outils comme çà. Jette d'abord ta fourche.

Michot obéit. Alors Baratin, lui prenant la main, l'attire à lui et l'étreint de toutes ses forces. Une lutte terrible s'engage; Enfin grâce à l'aide des voisins, le fou fut dompté, solidement garrotté et mis hors d'état de nuire.

On ne saurait trop féliciter le sieur Baratin de son courage, et nous avons tout lieu d'espérer qu'il ne restera pas sans récompense.

©BIUM

Michot garrotté, rugissant dans ses liens, a été transporté à Orléans. Le calme a succédé à la surexcitation nerveuse à laquelle il était en proie. Il manifeste des regrets des crimes inconscients qu'il a commis, et assure à ceux qui l'approchent qu'il ne veut leur faire aucun mal. Néanmoins, il est toujours muni de la camisole de force.

Il est impossible de peindre la désolation qui s'est emparée dans toute la commune après ces scènes affreuses. L'enterrement des victimes était un spectacle déchirant. M. le Préfet du Loiret, M. le Sous-Préfet de Montargis, M. le Procureur de la République, M. le Juge d'instruction, qui la veille n'avaient pu que porter des consolations aux familles si cruellement frappées, assistaient, avec beaucoup d'autres notabilités, aux obsèques des victimes. Tous les prêtres des environs s'y étaient rendus. Aucun discours n'a été prononcé. L'émotion des assistants en disait plus que les plus éloquentes paroles.

(*L'Indépendant de Montargis* du 25 avril 1875.)

Incendie de l'asile de Nice.

Du vaste établissement de Saint-Pons il ne reste plus que les quatre murs. Le principal corps du bâtiment est détruit des caves au faîte. C'est vers trois heures du matin, pense-t-on, que le feu s'est déclaré dans une des dépendances de la cuisine, située au rez-de-chaussée de l'hospice, sous le quartier des hommes ; mais ce n'est que vers quatre heures seulement que l'alarme a été donnée par un aliéné. On crut d'abord à un accès de folie de sa part ; il fallut bientôt se rendre à l'évidence ; des langues de feu pénétraient à travers tous les interstices et la fumée était tellement épaisse qu'il était impossible de respirer.

On put néanmoins détacher les fous furieux et mettre en liberté les autres. Ce premier sauve-qui-peut causa un tumulte effroyable : cris de terreur, vociférations, éclats de rire, plaintes, gémissements se confondaient au milieu d'une course désordonnée de gens presque nus et dont la plupart cherchaient inutilement une issue. Le grand escalier, situé au centre du bâtiment, était envahi par les flammes ! On parvint à faire évacuer les malades par un petit escalier de service en bois. Quelques instants après, cet escalier, rongé par les flammes s'écroulait avec plusieurs planchers du premier étage, entraînant avec eux les lits et les autres meubles, qui venaient donner un nouvel aliment à l'incendie. Pendant ce temps un certain nombre de fous s'enfuyaient dans la campagne.

Un pauvre aliéné, affirme-t-on, homme jadis doué de hautes capacités, n'avait pas voulu suivre les autres malades ; il s'était cramponné intérieurement à la grille d'une fenêtre du second étage. Il fallait le sauver ! on applique une échelle le long du mur, trois pompiers s'élancent : on descelle une partie de la grille et l'on fait passer une corde, en l'engageant à s'y accrocher. Peine inutile ! Il était comme soudé aux barreaux de fer et se contentait de gémir sans paraître avoir conscience de sa dan-

©BIUM

gereuse situation. L'arracher de là, impossible ! D'ailleurs, les flammes s'élevaient par les fenêtres de l'étage inférieur et commençaient à brûler le sommet de l'échelle sur laquelle se tenaient les trois pompiers. Afin d'éviter un plus grave malheur, on se vit obligé de leur donner l'ordre de descendre.

Le malheureux insensé, toujours gémissant, toujours cramponné, commençait à être enveloppé par le feu qui avait dévoré une partie du plancher Tout à coup, un craquement horrible se fait entendre ; à ce craquement répond un cri d'horreur et d'épouvante, poussé par tous les assistants de ce drame sinistre. C'est le reste du plancher qui vient de s'effondrer, entraînant avec lui l'infortuné malade déjà à demi consumé.

On a la mort de deux autres malades à déplorer, celle d'un homme et celle d'une femme, qui ont été brûlés dans leur lit.

Les secours envoyés à la hâte de Nice sont arrivés un peu tard et, de plus, l'eau manquait, si bien que malgré leur zèle les pompiers n'ont pu rien sauver de l'établissement. L'un d'eux a été blessé au genou, un autre a eu la main droite cruellement mordue par un fou qu'il voulait arracher au feu.

(*Journal de Nice* du 5 avril 1875).

Autres détails sur l'incendie. C'est à deux heures du matin que le feu s'est manifesté dans la cuisine de l'hospice. Les flammes gagnèrent immédiatement le grand escalier, rendu bientôt inaccessible, de sorte que la plupart des sauvetages ne purent s'effectuer que par les fenêtres. La distance qui sépare Nice de St-Pons, et qui est de trois kilomètres, retardait malheureusement l'arrivée des secours ; ce ne fut que vers quatre heures que les pompiers purent se trouver sur le théâtre de l'incendie, en même temps que les autorités civiles et militaires.

Tous les efforts pour arrêter le sinistre devaient être inutiles. Pour comble de malheur, l'eau manquait dans le Paillon, par suite de la sécheresse de ces derniers temps, et bientôt on put se convaincre que pas un débris de l'hospice n'échapperait au fléau.

Sept ou huit aliénés, absolument affolés par l'incendie, ont pu néanmoins être sauvés par les pompiers, les gendarmes et les agents de police, qui ont rivalisé de sang-froid, d'énergie et de courage.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

Paris.— Imprimerie ds E. DONNAUD, r. Cassette, 9.

©BIUM

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

PATHOLOGIE.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES
SUR QUELQUES CAS
D'ATAXIE LOCOMOTRICE
DANS L'ALIÉNATION MENTALE

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

L'ataxie locomotrice progressive, connue autrefois sous le nom de tabes dorsualis, a été rarement étudiée dans ses rapports avec l'aliénation mentale. L'association de ces deux affections n'est pas, en effet, très-fréquente. Aussi sommes-nous heureux de pouvoir ajouter quelques faits consciencieusement observés à ceux rapportés dans les divers travaux que nous allons passer en revue.

Quelques auteurs ont noté l'état de l'intelligence dans les cas ordinaires, c'est-à-dire sans complication de folie.

Steinthal, en 1844, mentionne le caractère gai ou indiffé-

©BIUM

rent des malades, et plus particulièrement leur bonne humeur et leur résignation (1).

Duchenne (de Boulogne) (2) s'exprime ainsi : « Je n'ai » jamais constaté dans les cas simples, c'est-à-dire sans » complication, ni hésitation de la parole, ni tremblement » des lèvres et de la langue, ni la folie ambitieuse ; j'ai été » au contraire frappé de l'intégrité des facultés intellec- » tuelles qui se conserve, comme l'intégrité de la force » musculaire, jusqu'au terme de la maladie. »

Telle était aussi l'opinion de Trousseau (3) : « En dépit des » graves symptômes que je viens d'analyser, les individus » affectés d'ataxie locomotrice progressive conservent pres- » que tous jusqu'à la fin, l'intégrité de leurs facultés intel- » lectuelles. »

Et Grisolle (4). « Il y a parfois de l'embarras de la parole » expliqué plusieurs fois, à l'autopsie par l'atrophie de » l'hypoglosse ; mais les facultés restent jusqu'à la fin à peu » près intactes.

Niemeyer, parmi les auteurs classiques, indique avec les symptômes qui marquent l'extension de la maladie au cerveau, l'affaiblissement de la mémoire et du jugement, et l'état de stupeur dans lequel tombent les malades (5).

On ne trouve rien sur ce sujet dans les traités de pathologie mentale. On y rencontre bien quelquefois le mot ataxie, mais employé dans son sens étymologique et pour indiquer certains troubles des mouvements et même certains désordres de l'intelligence.

A l'étranger, en Allemagne particulièrement, les auteurs

---

(1) Steinthal, (*Hufeland's journal*, 1844.)

(2) Duchenne (de Boulogne), *De l'ataxie locomotrice progressive*. (*Arch. géné. de méd.* 1858.)

(3) Trousseau, Article *Ataxie* du *Dictionnaire* de Jaccoud.

(4) Grisolle, *Traité de pathologie interne*, t. 2.

(5) Niemeyer, *Pathologie interne*, t. 2.

©BIUM

ont signalé des cas d'ataxie locomotrice avec complication de folie.

Horn, en 1833, cite le cas suivant : « Un malade était at-» teint de tabes dorsualis depuis neuf années, lorsqu'il fut » pris d'hallucinations, de délire exalté, d'embarras de la » parole, de paralysie des sphincters et enfin d'aliénation » mentale. Plus tard, les membres furent paralysés, la dé-» mence remplaça l'excitation première, et la mort survint » quatre ans après l'invasion des désordres intellec-» tuels (1) ».

Dans les symptômes et la marche de la maladie, il est facile de reconnaître la paralysie générale.

H. Hoffmann, Turck et Joffe ont cité des cas analogues.

Westphal a publié plusieurs travaux sur cette question. Il tend à démontrer par des recherches anatomiques que le tabes dorsualis est fréquent dans la paralysie générale.

Le D. Kirn, médecin à Illenau, relate l'observation d'une affection cérébro-spinale constituant avec l'élément psychique une forme phrénopathique particulière complétement différente de la paralysie générale. Ce cas se rapporte à une dégénérescence grise de la moelle qui se traduit à l'extérieur par des anomalies de la sensibilité et l'ataxie locomotrice (2).

En France, M. Baillarger (3) est le premier qui ait signalé, dans un travail spécial, les rapports de l'ataxie avec la paralysie générale. L'éminent aliéniste cite cinq observations dans lesquelles les deux maladies sont associées.

Dans trois observations, le délire ambitieux et les symptômes de la paralysie générale arrivent à la première période

(1) Horn, in *Paraplégie et ataxie du mouvement*, Jaccoud, 1864.

(2) *Annales médico-psyc.*, septembre 1870.

(3) Baillarger, *Association de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale*. *Annales méd.-psych.*, janvier 1862.

©BIUM

de l'ataxie avant le défaut de coordination. Dans un autre, les troubles intellectuels et de la mémoire, l'embarras de la parole ont précédé les symptômes de l'ataxie ; dans l'autre cas, l'ataxie était avancée et la paralysie générale a été constatée à la première période.

Nous reviendrons plus loin sur les points importants de ce travail, pour en rapprocher ceux de même nature que nous avons observés chez nos malades.

M. Topinard, dans un ouvrage très-étendu sur l'ataxie locomotrice, signale comme complication les troubles de l'intelligence. D'après lui, quelques malades, un sur dix, disent que leur mémoire est un peu diminuée. Chez l'un, il a noté des absences, un autre divaguait sans avoir d'hallucinations et de délire spécial ; une femme avait des hallucinations ou mieux des illusions pendant la nuit, et empêchait ses voisines de dormir. Elle criait qu'on lui mettait quelque chose dans sa soupe ; elle s'imaginait qu'on lui arrachait ses couvertures et qu'on en voulait à ses jours.

Nous trouverons chez nos malades ces diverses manifestations délirantes.

« L'aliénation mentale, dit M. Topinard (1), se montrerait » à une période avancée de l'ataxie et caractériserait une » des terminaisons possibles. »

Quant à l'influence réciproque de deux affections, il ajoute : Quelqu'importants que soient les désordres de » l'intelligence, ils n'influent pas assez sur les allures » générales de la maladie et sur le reste de son cortége » symptomatique pour éloigner la pensée de l'ataxie » locomotrice. Ils ne font qu'en obscurcir le diagnostic. » Ils dénotent que la cause morbide qui agit sur les nerfs » crâniens et sur la moelle, atteint sans doute aussi l'en-

(1) Paul Topinard, *De l'ataxie locomotrice et en particulier de la maladie appelée ataxie locomotrice progressive*, ouvrage couronné par l'Acad. de médecine, 1864.

©BIUM

» céphale, mais rarement d'une façon moins accentuée, » et en général consécutivement. »

L'auteur traite aussi des rapports de l'ataxie avec la paralysie générale. Il admet la possibilité de la combinaison de ces deux maladies ; mais il pense que l'ataxie locomotrice n'est pas un symptôme habituel des paralysies générales ordinaires. Pour lui il existerait une forme rare de paralysie générale qui mérite le nom d'ataxique et les symptômes ataxiques tiendraient à la propagation de la lésion cérébrale au cervelet et aux cordons postérieurs de la moelle. Inversement, il admet une forme cérébrale d'ataxie locomotrice dans laquelle apparaîtraient les symptômes cérébraux, la perte totale de connaissance, la céphalalgie, le changement d'humeur, la perte de la mémoire et le délire. Dans ces cas, on doit croire au développement dans l'encéphale d'un travail morbide parallèle ou consécutif à celui qui s'opère ou s'est opéré dans la moelle et dans la périphérie des nerfs crâniens.

Pour M. Jaccoud (1), il existe une forme encéphalique cérébrale de l'ataxie. Avec elle coexistent l'embarras caractéristique de la parole, les désordres intellectuels et moraux et les poussées congestives vers la tête qui marquent le début de la paralysie générale. Cette forme d'ataxie est rapidement accompagnée d'une diminution réelle dans la force musculaire, et, plus tard, celle-ci disparaît pour faire place à une paralysie véritable. Enfin, les désordres de la motilité attaquent d'emblée les membres supérieurs et inférieurs.

M. Ach. Foville, dans un travail récent, étudie l'association de l'ataxie locomotrice avec la paralysie générale. Nous n'envisagerons dans ce travail que la partie ayant trait aux rapports de ces deux affections (2).

---

(1) Jaccoud, *Paraplégie et ataxie du mouvement*, 1864.

(2) Ach. Foville, *De la paralysie générale par propagation* ; *Ann. méd.-psych.*, janvier 1873.

©BIUM

Après avoir établi une distinction entre certains phénomènes ataxiques purement symptomatiques du début de la paralysie générale et l'ataxie locomotrice proprement dite, M. Ach. Foville présente quatre observations où les deux affections se trouvent réunies sur le même sujet. La première est celle d'un malade paraplégique depuis trois ans et présentant les symptômes d'une démence paralytique très-avancée. Le début des deux affections est incertain et l'autopsie seule a pu établir l'existence de l'ataxie locomotrice.

La deuxième observation est celle d'un individu chez lequel les troubles intellectuels auraient paru quelques mois seulement après le début des premiers accidents ataxiques. L'incoordination des mouvements était déjà très-marquée ; absence des douleurs habituelles, sensation de chaleur dans diverses parties du corps ; état mental caractérisé par de l'affaiblissement simple de l'intelligence sans délire ; marche rapide de la maladie, qui n'a duré guère plus d'un an. A l'autopsie, lésions de la démence paralytique, et dégénérescence grise des cordons postérieurs de la moelle. Un troisième présentait déjà des symptômes progressifs de paraplégie et d'amaurose, quand les facultés intellectuelles commencent à s'affaiblir. Enfin, chez le quatrième, début des désordres intellectuels après six ans, et coïncidant avec les premiers troubles de la vue.

Dans tous ces cas, les deux affections se sont progressivement et parallèlement aggravées jusqu'à la mort. M. Achille Foville conclut ainsi : « Exceptionnellement, la paralysie » générale peut être consécutive à une autre affection du » système nerveux et résulter (dans l'ataxie locomotrice) » de la propagation aux hémisphères cérébraux, d'une ma» ladie antérieure de la moelle épinière. »

Ce mémoire prend place entre deux séances de la Société médico-psychologique, consacrées à la discussion des rapports de l'ataxie locomotrice avec la paralysie générale. Les opinions émises dans ces deux séances indiquent l'état actuel de la science sur cette importante question.

©BIUM

M. Bouchereau distingue trois variétés d'association de l'ataxie locomotrice avec la paralysie générale : 1° les cas d'ataxie locomotrice qui, au début, semblent très-nets et qui, par la suite, tournent à la paralysie générale; 2° les cas de lésion d'un nerf, qui donnent lieu à des symptômes d'ataxie, et qui deviennent plus tard des cas de paralysie générale; 3° les cas de paralysie générale confirmée, qui présentent des symptômes ataxiques.

« Dans tous ces cas, dit M. Magnan, que les accidents se » montrent avant, pendant ou après le développement de » la paralysie générale, on trouve toujours à l'autopsie, en » outre des lésions cérébrales propres à la maladie (encé- » phalite interstitielle diffuse), des scléroses de la moelle et » des nerfs crâniens, en rapport exact avec les phénomènes » observés pendant la vie (1). »

D'après ce rapide exposé bibliographique, on voit : 1° que dans les cas d'ataxie locomotrice simple, les auteurs ont constaté l'intégrité des facultés intellectuelles; 2° que l'ataxie locomotrice peut se compliquer de divers troubles de l'intelligence, depuis l'affaiblissement simple jusqu'au délire le plus complet; 3° que cette complication de folie est souvent la paralysie générale.

Nous avons omis, à dessein, d'importants travaux et d'intéressantes observations sur certaines affections de la moelle liées soit à la paralysie générale, soit à divers troubles des facultés intellectuelles. Nous laisserons aussi certaines affections, telles que l'hystérie, la chorée et diverses intoxications, où l'ataxie se montre comme épiphénomène. A ce titre, cependant, nous aurons à signaler l'ataxie dans la paralysie générale simple et dans l'alcoolisme. Mais il s'agit spécialement, dans cette étude, de l'ataxie locomotrice progressive avec ses caractères bien définis.

(1) *Annales médico-psychologiques*, septembre 1872 et novembre 1873.

©BIUM

Nous avons recueilli neuf observations de malades atteints d'ataxie locomotrice avec aliénation mentale. Cette complication a été : 3 fois la paralysie générale, 1 fois la lypémanie, 1 fois la démence avec accès maniaques, 1 fois un état délirant transitoire, 3 fois l'affaiblissement intellectuel simple.

Nous inspirant des travaux antérieurs, nous avons cherché à bien établir l'existence de l'aliénation mentale et de l'affection médullaire; à indiquer le début de l'une et de l'autre, les caractères propres à chacune d'elles, leurs rapports et leur influence réciproque. Dans un cas, nous avons pu pratiquer l'autopsie et observer les lésions concomitantes de l'ataxie et de la paralysie générale.

Nos observations ont des lacunes : mais on voudra bien tenir compte de la difficulté et souvent de l'impossibilité qu'il y a à explorer ce genre de malades et surtout à en obtenir des renseignements précis, soit qu'ils se refusent à répondre, ou qu'ils ne soient plus aptes à apprécier la nature de leurs sensations.

II.

Les auteurs de travaux spéciaux ont signalé surtout les cas d'ataxie locomotrice liée à la paralysie générale. Cette complication paraîtrait en effet la plus fréquente. De plus, ces deux affections ont des caractères communs qui leur donnent un certain degré de proche parenté; et, nous avons été surpris de voir l'opinion contraire ainsi formulée dans un auteur classique : « L'ataxie n'a aucun point de contact avec la paralysie générale progressive, et il serait presque oiseux de faire le diagnostic différentiel d'affections aussi manifestement dissemblables (1). »

Il est incontestable que certains paralytiques généraux, surtout à la première période, alors que le tremblement

(1) Grisolle, *loco citato*.

©BIUM

propre à la maladie cérébrale n'est pas très-accentué, certains paralytiques généraux, disons-nous, présentent les symptômes de l'ataxie. On observe, en premier lieu, les désordres qui se montrent dans les muscles de la langue. Si l'on ordonne aux malades de la tirer hors de la bouche, ils le font d'une manière saccadée, indécise, par des mouvements de projection irréguliers, qui diffèrent des mouvements imprimés à cet organe par le tremblement en masse ou le tremblement fibrillaire. Cette impuissance de la coordination volontaire s'observe aussi dans les mouvements des paupières, quand on ordonne aux malades de les ouvrir ou de les fermer. Ils n'arrivent qu'avec des efforts manifestes et une attention soutenue à régulariser l'acte commandé. Ce qui frappe surtout chez eux, c'est leur démarche incertaine, vacillante, avec une conservation remarquable de la force musculaire. « Je n'en veux pour preuve, dit » M. le professeur Lasègue, que la dangereuse vigueur qu'ils » déploient dans leurs accès de colère (1). » Or on sait que la conservation de la force musculaire liée aux troubles des mouvements est un des caractères principaux de l'ataxie locomotrice. On trouve en outre, chez plusieurs de ces malades, les phénomènes oculo-pupillaires de l'affection spinale : amblyopie, diplopie, strabisme, chute de la paupière supérieure, et même l'amaurose. M. Billod (2), dans un travail spécial, et M. Ach. Foville (3) ont cité des cas où la paralysie générale s'est développée consécutivement à des lésions visuelles de diverses natures.

Les troubles de la sensibilité sont fréquents dans la paralysie générale. On observe des fourmillements, des crampes, des douleurs fulgurantes et de l'anesthésie. D'après M. Baillarger, la sensibilité diminuerait dans les deux tiers des cas.

(1) Lasègue, *Thèse d'agrégation* 1853.
(2) Billod, *Ann. médico-psych.*,
(3) Ach. Foville, *loco citato*.

©BIUM

Ces nombreux symptômes communs aux deux affections peuvent être autant de causes d'erreur dans le diagnostic. Mais, il est un signe caractéristique de l'ataxie locomotrice qui, dans nos recherches, nous a servi comme de pierre de touche : c'est l'exagération de l'incoordination des mouvements, pendant l'occlusion des paupières. Nous n'avons rien rencontré de semblable chez les paralytiques généraux simples.

OBSERVATION I. — Homme, 33 ans. — Ataxie locomotrice; premiers accidents en juillet 1871 ; apparition des troubles intellectuels en novembre 1872 ; paralysie générale, forme démence ; progrès rapides ; la maladie cérébrale obscurcit les symptômes de l'ataxie.

Bier... (Louis-Antoine), 33 ans, employé, entre à Sainte-Anne le 5 mai 1874. Un oncle du malade est mort paralytique. Un frère a des douleurs articulaires avec paraplégie incomplète. B... menait une vie régulière ; il n'aurait jamais été malade antérieurement. En juillet 1871 sa vue s'est affaiblie : il voyait double; il ne pouvait pas lire, les caractères se brouillaient ; il a eu du strabisme. Peu de temps après, il a ressenti des douleurs lancinantes aux membres inférieurs ; ces douleurs traversaient les membres comme des éclairs et le prenaient par accès. Un peu plus tard, à peine quelques mois après, il a eu de l'engourdissement aux mains et quelques légères douleurs aux bras. A cette même époque, les troubles de la locomotion ont apparu ; la démarche était mal assurée. « Il manquait les trottoirs », dit sa femme. En novembre 1872 l'intelligence et la mémoire s'affaiblissent. Le malade devient irritable. Il a plusieurs attaques avec perte de connaissance, sans convulsions; puis, l'agitation est survenue. Il avait des accès de colère. Il s'est porté à des actes de violence envers les siens. Placé d'abord dans un hôpital, on n'a pas pu le conserver, à cause de son agitation et de son délire.

Depuis son entrée à Sainte-Anne, B... présente l'état suivant : la parole est embarrassée et traînante ; la langue tremble en masse ; les pupilles sont inégales. Il ne peut marcher que difficilement : sa démarche est vacillante, saccadée; il jette ses jambes en dehors ; il frappe le parquet du talon avec une force qui contraste avec cette espèce de titubation. Si nous lui faisons fermer les yeux, les troubles s'exagèrent sans que

©BIUM

cependant la marche soit absolument entravée. Les mouvements des bras manquent de précision : il n'atteint pas du premier coup le but qu'on lui indique. Il a de la peine à boutonner ses vêtements. Mais à cause d'un tremblement très-notable des mains, ces symptômes perdent un peu de leur valeur. La force musculaire est appréciable dans les membres supérieurs; il serre les mains avec assez d'énergie, des deux côtés également. Il oppose de la résistance aux mouvements imprimés, et l'on voit alors les muscles se contracter d'une manière brusque et comme spasmodique.

L'exploration de la sensibilité générale et tactile ne donne que des résultats incertains, à cause de l'état mental du sujet. Il est pourtant sensible au pincement, aux piqûres, à l'impression du chaud et du froid, mais nous ne pouvons savoir dans quelle mesure.

B... se plaint quelquefois de douleurs aux membres inférieurs. Les fonctions sont régulières. Il ne gâte pas. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. La température est normale, le pouls un peu fréquent. L'examen ophthalmoscopique nous a montré les pupilles très-colorées, présentant une vascularisation anormale.

B... est ordinairement calme et satisfait. Il regarde des heures entières les pages de son journal sans en rien lire. La mémoire est très-affaiblie : il oublie souvent les visites de ses parents, qu'il reconnaît cependant, et auxquels il fait toujours bon accueil. Mais il est irritable. Il se prête difficilement et ne tarde pas à se refuser à toute espèce d'examen. Il se dit bien portant, très-fort. Quelquefois, il s'irrite spontanément et sans cause appréciable. Il devient alors hypochondriaque, méchant, et il serait violent, dans la mesure de ses forces, si l'on ne prenait soin de le calmer. C'est là une forme de paralysie générale assez commune, présentant de l'obtusion intellectuelle et de la mémoire, des alternatives d'idées de satisfaction et de préoccupations hypochondriaques, des périodes de calme et des périodes d'excitation maniaque. Notre malade a déjà atteint un degré avancé de l'affection cérébrale.

Novembre 1874. — Même état mental. La parole est inintelligible. Le malade ne quitte plus son lit : il est très-affaibli; il ne peut faire quelques pas, ni même se tenir debout sans un aide. Les troubles d'incoordination sont cependant très-accusés. Nous ne pouvons savoir si les douleurs persistent. Les fonctions se font régulièrement. Les sphincters sont relâchés,

©BIUM

Observation II. — Homme, 55 ans. — Ataxie locomotrice; incoordination des mouvements ; paralysie générale consécutive ; forme délirante ou maniaque ; mort ; autopsie.

Prev... (Louis), 55 ans, employé, entre à Sainte-Anne le 12 avril 1872. Ce malade était traité dans une maison de santé, où a été délivré le certificat suivant : « Atteint de délire maniaque avec idées incohérentes de grandeur; il se croit en possession de richesses immenses; il formule les projets les plus fantastiques. Il a des visions terrifiantes et pousse au milieu de la nuit des cris; il se jette hors de son lit. Les troubles de l'intelligence sont compliqués de désordres profonds et d'une date déjà ancienne du côté de l'appareil locomoteur ; ils sont sous la dépendance d'une lésion étendue de la moelle et affectent depuis quelque temps une marche ascendante assez aiguë. »

Ce malade n'aurait jamais fait d'excès d'aucune sorte. Un frère est aliéné, un autre affecté de surdité. L'ataxie locomotrice pour laquelle il a été traité dans divers hôpitaux a débuté il y a une quinzaine d'années. Nous n'avons pas d'autre renseignement sur le début et la marche de l'affection spinale.

C'est un an seulement avant l'entrée de P... à Sainte-Anne qu'auraient éclaté les troubles intellectuels. Il a eu, dans cette même année, plusieurs accès caractérisés par du délire mélancolique, avec excitation, hallucinations de la vue et de l'ouïe, et des intervalles de calme et de lucidité.

Actuellement, il se plaint de douleurs qui traversent les membres inférieurs comme des éclairs. La vue est affaiblie, sans autres troubles apparents. Les pupilles sont inégales. La langue tremble en masse. La marche est extrêmement désordonnée. Le malade ne peut marcher qu'à l'aide d'une canne, projetant ses jambes à droite et à gauche, en fauchant, et frappant fortement le sol de son talon. Malgré ces troubles, nous le trouvons rarement en repos. Il ne cesse d'aller et venir dans la cour ou dans la salle.

P... est loquace, très-satisfait; il se dit presque guéri de son ataxie. Il se rappelle avoir été très-agité pendant les quelques jours qui ont précédé son entrée. « Il faisait, dit-il, des extravagances; il voyait le diable dans la cheminée; il avait peur d'être arrêté; il croyait avoir des insectes sur le corps, et il voulait brûler ses vêtements pour les chasser. » Dans ses discours décousus et incohérents, les idées ambi-

©BIUM

tieuses dominent avec leur caractère d'absurdité : « il a résolu un problème pour payer les dettes de l'État ; il peut se procurer des millions de milliards. » La parole est embarrassée ; la langue tremble en masse.

27 *avril*. — Le malade est calme, satisfait, moins loquace. Sa mémoire s'affaiblit beaucoup. Il ne se rappelle pas avoir été dans une maison de santé avant son entrée à Sainte-Anne. Mêmes préoccupations ambitieuses : il nous décore de plusieurs ordres ; il veut aller chez M. Thiers porter des milliards.

Cet état ne change pas jusqu'au mois de novembre. A cette époque, le malade devient silencieux, attitude mélancolique. Il abandonne ses vastes projets. Pas de changement appréciable dans l'état physique. Les douleurs persistent dans les membres inférieurs. L'incoordination des mouvements est toujours très-marquée.

Décembre. — De nouveau délirant et bruyant. Il va prendre des brevets, etc. Cet état persiste jusqu'au mois de mars 1873. A cette époque, il survient des accidents congestifs. Le malade a une attaque avec perte de connaissance, sans convulsions ; elle dure près d'un quart d'heure. A la suite de cette attaque, P... est très-agité. Il marche constamment, à l'aide de sa canne, comme entraîné par une force irrésistible, ne s'arrêtant que pour frapper sur des ennemis imaginaires qu'il ne cesse d'injurier. Peu après il s'est affaibli, les jambes se sont paralysées, il a dû garder le lit. L'agitation persiste, il crie à la garde, il veut fuir des bêtes qu'il voit courir sur son lit et qui le dévorent. Quelques jours après il est de nouveau calme et satisfait, il invite à boire des amis invisibles.

17 *juin*. — Nouvelle attaque congestive ; mort dans le coma.

Autopsie. — La paroi crânienne ne présente rien d'anormal. Les méninges sont épaissies et œdémateuses ; elles présentent, par places, des suffusions sanguines, surtout prononcées à droite. Les veines turgescentes et noires se dessinent à la surface du cerveau. La pie-mère adhère à la substance cérébrale et si on veut l'en détacher, on emporte les parties des circonvolutions qui restent comme ulcérées après l'ablation.

En faisant des coupes de la périphérie au centre pour arriver aux ventricules, on ne trouve aucune lésion circonscrite ni hémorrhagie, ni ramollissement. L'épendyme est un peu épaissi. La paroi supérieure du ventricule latéral gauche présente des granulations.

©BIUM

A la base on observe une teinte grisâtre des nerfs moteurs oculaires communs plus prononcée à gauche et une diminution notable de leur volume.

Dans le quatrième ventricule, on trouve des granulations au niveau du bec du calamus.

L'examen de la moelle montre des plaques cartilagineuses sur les membranes. La sclérose des cordons postérieurs est très-manifeste. A la partie inférieure de la moelle il y a même un commencement de sclérose de la partie postérieure des cordons latéraux plus prononcée du coté droit.

Les reins offrent une dégénérescence graisseuse manifeste. Le cœur lui-même a subi cette même altération ; l'aorte est stéatosée.

Observation III. — Homme, 35 ans. — Ataxie locomotrice ; incoordination des mouvements ; paralysie générale consécutive ; état stationnaire des deux affections.

Rat... (Georges), 35 ans. Artiste dramatique entré à Sainte-Anne le 11 novembre 1873.

Une tante du malade est morte d'apoplexie ; une sœur est sujette à des douleurs articulaires. Jusqu'à l'âge de 12 ans, R... avait des éruptions furonculeuses principalement au cou. A 19 ans, il a contracté la syphilis, et il a été traité dans plusieurs hôpitaux pour des accidents secondaires. Il était d'abord serrurier ; puis il est entré au théâtre. Après quelques débuts sur plusieurs petites scènes de Paris, il a pris des engagements en province. Au moment de la guerre, il revint dans sa famille. Sa sœur nous assure n'avoir rien remarqué d'anormal dans son état, à cette époque. Pendant le siége, il portait des journaux à domicile. Ce n'est que vers la fin qu'il a été enrôlé dans le corps des brancardiers. Timide et peureux, notre malade s'était, jusque-là, dérobé à tout service militaire. Pendant la Commune on l'enrôla, malgré lui, dans un bataillon insurrectionnel, et, à la rentrée des troupes, il fut fait prisonnier et envoyé sur les pontons à Brest. C'est là qu'il aurait ressenti les premières atteintes de son mal. Dès le début de sa captivité, il a éprouvé des douleurs lancinantes aux membres inférieurs et quelques troubles de la vue. Puis la marche s'est embarrassée. En quelques mois les désordres de la locomotion étaient tels qu'il ne pouvait monter sur le pont sans un aide. A son retour à Paris, après avoir été acquitté par le conseil de

©BIUM

guerre, il revient dans sa famille. On note alors un embarras extraordinaire de la marche et les douleurs lancinantes dont se plaignait encore le malade. Les fonctions se faisaient bien.

Malgré cet état, R... refuse de se faire soigner dans un hôpital. En avril 1872 il prend un engagement en province en qualité de souffleur. Un mois après étant à Montargis, il eut une attaque avec perte de connaissance. Il revient à Paris. La marche était plus difficile. Les sphincters étaient paralysés. Le malade semblait perdre la mémoire. Il faisait des réflexions enfantines, avait du désordre dans les idées. La parole était traînante et un peu embarrassée. Un mois après, il prend un nouvel engagement, mais il ne peut remplir ses fonctions de souffleur et il revient aussitôt pour entrer à l'hôpital Cochin, puis à l'Hotel-Dieu, à la Charité et enfin à Sainte-Anne.

A son entrée, les douleurs lancinantes parcourent les membres inférieurs, surtout les pieds et les jambes, elles sont à peu près continues avec des exacerbations. Pas de troubles de la vue. Les pupilles sont inégales. Le malade ne peut marcher qu'à l'aide d'une canne ; les mouvements sont désordonnés. Il projette ses jambes dehors, avec force, sans mesure et en fauchant ; puis il frappe le sol du talon. Dans l'obscurité la marche est presque impossible. Etant couché, les mouvements commandés sont exécutés avec force, rapidement, mais avec un défaut de précision très-notable. Rien d'anormal du coté des membres supérieurs.

La sensibilité est obtuse aux membres inférieurs. A la plante des pieds le chatouillement n'est pas perçu. Aux jambes, le contact du doigt, le pincement, les piqûres et l'application de corps chaud et froid éveillent lentement des sensations toujours faibles. Ce degré d'anesthésie est surtout marqué à la face externe et plus particulièrement à la jambe gauche. Aux cuisses les divers moyens d'exploration sont mieux perçus, mais toujours plus faiblement à gauche. La sensibilité est intacte aux membres supérieurs, ainsi que la sensibilité gustative et olfactive.

Nous avons exploré la sensibilité électro-musculaire. Aux jambes, le courant est faiblement perçu et ne détermine que des contractions lentes et faibles ; aux cuisses et aux membres supérieurs, l'action de l'électricité est instantanée et énergique.

R... a quelquefois des érections sans perte séminale ; il a remarqué depuis le début de sa maladie un affaiblissement progressif des organes génitaux. Les urines s'échappent involo-

©BIUM

lontairement, sans provoquer de douleur; elles ne contiennent ni albumine, ni sucre. Les fonctions digestives sont régulières. La température est normale ; le pouls un peu fréquent. A l'ophthalmoscope, nous ne trouvons aucune altération de coloration ou de forme des papilles, ni dans l'état des vaisseaux.

Le malade est calme habituellement ; les facultés intellectuelles sont notablement affaiblies, sans manifestation délirantes. Il ne se rend compte de sa situation que très-imparfaitement, il espère reprendre bientôt de nouveaux engagements au théâtre, et dans une grande ville ; il perd le souvenir de ses pérégrinations ; il oublie ses rôles; il ne sait pas comment il est venu à Sainte-Anne. La parole est hésitante ; il est facilement irritable, il s'est même porté à des actes de violence envers ses malheureux compagnons ; il se montre indifférent aux reproches qu'on lui adresse. Parfois, il parle seul, mais il ne nous paraît pas avoir d'hallucinations. Cette tendance à l'optimisme, liée aux autres signes intellectuels et physiques, nous font placer le malade à la première période de la démence paralytique.

Novembre. — Le malade à un peu de fièvre. Eruption herpétique sur les lèvres et le menton; la température s'est élevée jusqu'à 38° avec exacerbation de quelques dixièmes, le soir. Le pouls varie de 96 à 104. L'état des organes ne présente rien d'insolite; le malade ne se plaint d'aucun malaise. Pendant ces quelques jours de fièvre, nous n'avons rien eu à noter ni du côté des symptômes ataxiques, ni du côté de l'état mental.

Les deux affections ataxie et paralysie générale sont dans une période stationnaire.

De l'examen de tous ces faits, nous ne pouvons, en raison de leurs variétés, tirer une conclusion générale. Nous dirons, cependant, que chez tous nos malades cette dualité morbide a commencé par une ataxie locomotrice simple. Les accidents intellectuels et musculaires de la paralysie générale ont paru consécutivement à des périodes plus ou moins éloignées du début et après le défaut de coordination des mouvements, symptôme qui, d'après M. Duchenne (de Boulogne), caractérise la deuxième période de l'affection médullaire (1).

(1) Duchenne (de Boulogne), *loc. cit.*

©BIUM

Pour M. Baillarger (1) les symptômes de paralysie générale se montreraient, au moins le plus souvent, à la première période de l'ataxie ou période céphalique. Nos malades se rapprochent donc des cas observés par M. Ach. Foville (2).

L'ataxie locomotrice a affecté la forme paraplégique, variété signalée par les auteurs et caractérisée par la localisation des accidents ataxiques aux membres inférieurs. Elle a du reste présenté les symptômes habituels : douleurs fulgurantes, troubles de la vue, désordres musculaires, troubles de la sensibilité générale. La température a été trouvée normale, en dehors d'un mouvement fébrile passager et accidentel (obs. III). Le pouls a toujours été un peu fréquent. M. Charcot, dans ses leçons à la Salpêtrière, a indiqué l'accélération du pouls, sans élévation de la température, comme un des caractères de l'ataxie locomotrice (3).

Chez nos trois malades, nous voyons apparaître des accidents congestifs. Chez l'un (obs. I) ils surviennent avec les premiers désordres intellectuels; chez un autre (obs. II), peu avant la terminaison. Le troisième a eu une attaque peu avant le début des troubles de l'intelligence. Ces accidents congestifs ont été signalés comme complications de l'ataxie locomotrice, en dehors de l'aliénation mentale. M. Baillarger, à ce sujet, dans une séance de la Société médico-psychologique, s'exprimait ainsi : « Il semble qu'on ait oublié » un point important, à savoir : les congestions cérébrales » fréquentes dans les deux maladies (ataxie et paralysie » générale). Sans doute elles s'observent bien plus souvent » chez les malades atteints de paralysie générale; mais les » auteurs ne les ont pas moins signalées comme des acci» dents de l'ataxie locomotrice. Ces congestions cérébrales » peuvent jusqu'à un certain point expliquer l'apparition

(1) Baillarger, *loc. cit.*

(2) Ach. Foville, *loc. cit.*

(3) Charcot, *Leçons à la Salpêtrière.*

©BIUM

» de la paralysie générale chez quelques ataxiques (1). »

M. Jaccoud (2) les a signalées dans la forme encéphalique cérébrale de l'ataxie locomotrice.

La paralysie générale, quant à ses caractères propres, n'a rien présenté d'anormal. Les variétés observées ici sont fréquentes en dehors de toute complication. Nous devons noter chez un de nos malades (obs. II) l'influence évidente des troubles de la sensibilité, fourmillements, picotements propres à l'ataxie, sur la production d'hallucinations et d'interprétations délirantes analogues à celles qu'on rencontre si fréquemment chez les alcooliques.

Quant à l'influence réciproque des deux affections, M. Baillarger a noté que chez un malade les symptômes bien tranchés de la paralysie générale ont disparu, quand les troubles musculaires de l'ataxie ont atteint les membres inférieurs ; dans deux autres cas, les deux affections se sont développées simultanément et parallèlement. Dans les cas cités par M. Achille Foville, les deux affections se sont progressivement et parallèlement aggravées jusqu'à la mort.

Chez un de nos malades (obs. I), les deux affections ont eu d'abord une marche progressive rapide. L'ataxie atteint bientôt la période d'état ou période du défaut de coordination. La paralysie générale, ainsi qu'on l'observe souvent dans cette forme, arrive en peu de temps à une période avancée ; les accidents propres à la maladie cérébrale envahissent tout l'appareil musculaire, et la démence vient encore dérober à l'observation les symptômes ataxiques qui peuvent subsister. Chez un autre (obs. II), les symptômes ataxiques localisés aux membres inférieurs n'ont pas changé depuis son entrée à l'asile. La paralysie générale a eu une marche progressive assez lente ; puis, les accidents congestifs, l'affaiblissement musculaire qui en a été la conséquence

(1) Baillarger, *Ann. méd.-psych.*, novembre 1873.
(2) Jaccoud, *loc. cit.*

©BIUM

immédiate, indiquent la prédominance de l'affection cérébrale sur la maladie de la moelle, dont elle a abrégé le cours. Dans l'obs. III, les deux maladies sont dans un état stationnaire depuis que nous les observons. Il est au moins difficile de juger la part qu'elles peuvent prendre l'une et l'autre à la production de ce temps d'arrêt : il est fréquent, en effet, chez chacune d'elles considérée isolément.

Pour certains phénomènes communs aux deux affections, tels que l'incontinence urinaire, l'altération de la sensibilité générale, de la contractilité et de la sensibilité électro-musculaire, il serait intéressant de savoir ce qui appartient à la paralysie générale et à l'ataxie. Mais notre champ d'observation est trop restreint pour pouvoir étudier ces points du diagnostic différentiel.

III.

La paralysie générale n'est pas la seule affection mentale qui puisse compliquer l'ataxie locomotrice. Dans quelques cas cités par M. Topinard (1), nous voyons du délire de persécution, des hallucinations, des illusions apparaître à des périodes diverses de l'affection médullaire, sans qu'aucun symptôme de paralysie générale soit indiqué. Tel est aussi le cas, précédemment analysé, du Dr Lud. Kirn. Mais les auteurs ont plus rarement encore signalé la complication de folie en dehors de la paralysie générale.

Pour nous, nous avons observé trois fois l'affaiblissement simple des facultées intellectuelles et de la mémoire ; une fois la lypémanie, une fois la démence avec accès maniaques, une fois, enfin, un délire passager. Dans tous ces cas, nous n'avons pas trouvé de symptômes certains de la paralysie générale. Nous savons, cependant, combien sont variables les débuts de cette affection ; nous savons combien certains délires peuvent, pour ainsi dire, la dérober à l'observation.

(1) Topinard, *loc. cit.*

©BIUM

« La lypémanie, dit M. Cullère (1) dans son excellente » thèse, peut quelquefois venir masquer, par le cortége de » symptômes qui lui est propre, les débuts de la paralysie » générale. » Et plus loin : « Dans d'autres circonstances, » l'explosion de la paralysie générale n'a lieu qu'après que » plusieurs accès de lypémanie, à des intervalles de plusieurs » mois et même de plusieurs années, sont venus comme pour » l'annoncer. » Un état mental voisin de la démence et qu'on désigne habituellement sous le nom d'affaiblissement intellectuel ou la démence elle-même, peut précéder l'apparition des signes certains de la paralysie générale. « J'ai » observé, dit Parchappe, quelques cas d'invasion subite de » paralysie générale chez des malades depuis longtemps » atteints de démence. »

Aussi, dirons-nous, pour ce qui concerne nos malades : la paralysie générale peut survenir chez eux, soit que l'état mental n'en soit déjà qu'une manifestation, soit qu'elle survienne indépendamment de cette première atteinte d'aliénation mentale et sans qu'elle ait aucun rapport avec elle.

Dans certains cas, la complication de folie chez les ataxiques peut n'être qu'une simple coïncidence et les deux affections peuvent se trouver réunies sur le même individu, par cela seul que l'ataxie locomotrice ne saurait créer une immunité contre l'aliénation mentale et réciproquement.

Enfin, nous croyons que, en dehors de toute cause anatomique, sans qu'il y ait extension de la lésion médullaire à l'encéphale, l'ataxie peut engendrer elle-même des troubles intellectuels par répercussion sur les centres nerveux de certains symptômes tels que les douleurs, les fourmillements incessants, la perte subite de la vision, et même le défaut de coordination des mouvements. Ajoutons à cela, les causes morales, telles que le chagrin qu'engendre fata-

(1) Cullère, *Recherches cliniques sur la période de début de la paralysie générale*, 1873.

©BIUM

lement une longue maladie, les déceptions que laisse une thérapeutique impuissante, et le dénûment dans lequel tombent quelques-uns de ces malheureux.

OBSERVATION IV. — Femme, 30 ans. — Ataxie locomotrice datant de cinq à six ans ; troubles intellectuels récents après l'incoordination des mouvements ; affaiblissement simple de l'intelligence et de la mémoire ; habitudes alcooliques ; amélioration simultanée des deux affections.

Femme P..., 30 ans, née à La Martinique, entrée à Ste-Anne, le 19 novembre 1874, atteinte d'affaiblissement intellectuel et de la mémoire, incohérence, confusion dans les idées, etc.

Le père de la malade serait mort d'une congestion cérébrale, la mère était paralysée. Notre malade a été réglée à 14 ans, époque un peu tardive, vu son origine et le pays qu'elle habitait. La menstruation n'a pas toujours été bien régulière, céphalalgie fréquente.

P..., mariée à 18 ans, a eu six enfants dans les conditions normales ; elle a fait deux fausses couches. A La Martinique, elle a fait quelques excès de boisson, elle buvait du rhum et du vermout. Le mari qui nous donne ces renseignements ajoute que les parents de la malade avaient aussi l'habitude de boire avec excès. Venue à Paris où elle est depuis huit ans, la malade s'est adonnée au vulnéraire. Elle en prenait tous les matins, et, dans ces derniers temps, oubliant qu'elle venait de prendre sa ration quotidienne, P... la renouvelait plusieurs fois dans la même matinée. Jusque-là cependant aucun trouble intellectuel ne s'était manifesté, mais les fonctions étaient irrégulières, la menstruation avait des retards.

Il y a cinq ou six ans que la malade a commencé à ressentir des douleurs aux jambes ; elles étaient très-vives, il lui semblait, dit-elle, que des chiens lui rongeaient les os ; elle avait en outre, des sensations de brûlure qui lui parcouraient la région spinale. Ces douleurs et ces sensations venaient par accès, s'exaspérant la nuit. Peu après, elle a eu de l'affaiblissement de la vue et de la diplopie. Il y a quelques mois seulement que la motilité s'est affaiblie surtout à droite, la marche s'est embarrassée ; il lui arrivait de ne plus sentir le sol, et trois semaines déjà avant son entrée à l'asile, elle ne pouvait plus marcher sans un aide.

Il y a quatre ou cinq mois seulement que le mari a remarqué

©BIUM

chez elle de l'affaiblissement de l'intelligence et particulièrement de la mémoire. Elle avait quelquefois des bourdonnement d'oreilles, de la céphalalgie, mais pas d'idées délirantes. Quand ces accidents ont été constatés, la malade était déjà « faible sur ses jambes », dit le mari. Le 14 octobre, elle est entrée à l'hôpital Saint-Antoine où on n'a pas pu la garder à cause de son agitation. Elle avait des frayeurs, des hallucinations, elle criait la nuit. Quant à la malade, elle ne conserve même pas le souvenir de son séjour à l'hôpital.

Actuellement, elle se plaint de douleurs lancinantes aux jambes, les douleurs ne sont pas continuelles. Les pieds et les mains sont comme engourdis. La poitrine est parfois le siége d'un sentiment de constriction. La vue est affaiblie, souvent troublée par des brouillards, surtout à droite. Les pupilles sont également dilatées. A l'ophthalmoscope, nous avons vu les pupilles un peu pâles.

La malade garde le lit; elle ne peut ni rester debout, ni faire un pas sans un aide. Quand elle marche ainsi soutenue, nous remarquons qu'elle déjette fortement les jambes; elle frappe le sol du talon. Si nous lui mettons un bandeau sur les yeux, l'incoordination s'exagère et la malade pousse un cri d'effroi à chaque pas, croyant mettre le pied dans le vide. Pour saisir un objet, elle écarte démesurément les doigts. Il y a une incertitude notable dans les mouvements commandés des membres supérieurs. Aux deux mains, dans la plus grande extension des doigts, les deux derniers restent toujours un peu fléchis.

La sensibilité cutanée est obtuse à la plante des pieds et aux jambes. La sensibilité tactile est altérée d'une façon inégale; tantôt, en effet, le contact des objets est pénible et presque douloureux; tantôt la malade ne les sent pas. Dans tous les cas, la forme et la température sont peu ou point appréciées. La sensibilité gustative et olfactive est intacte.

La force musculaire est affaiblie, particulièrement à droite. Cependant la malade, bien qu'elle ne puisse ni marcher, ni se tenir debout, peut tirer ses jambes hors du lit et leur faire exécuter des mouvements étendus.

Les organes digestifs, les organes de la respiration sont dans leur état normal. Au début, nous avions trouvé au cœur un faible bruit de souffle qui a disparu sous l'influence d'une médication tonique. Les règles sont en retard; les urines s'échappent involontairement, elles ne contiennent ni sucre, ni albumine. Le pouls est toujours fréquent; la température un

©BIUM

peu au-dessus de la normale, elle varie de 37° à 37° 8 avec exacerbation de quelques dixièmes, le soir. Le pouls varie de 96 à 120.

P... est calme, elle ne présente actuellement d'autre état mental que de l'affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire ; elle a de la peine à trouver ses idées ; elle ne sait ni le jour, ni le mois ; elle ne se rappelle pas le soir notre visite du matin. Elle prétend s'être levée dans la journée, alors qu'elle n'a pas quitté son lit. Nous n'observons ni délire, ni hallucination. La nuit, seulement, son sommeil est quelquefois troublé par des rêves alarmants. Pas d'embarras de la parole. Pas d'inégalité pupillaire. Léger tremblement fibrillaire de la langue.

Mai 1875. — La malade sort améliorée ; la mémoire est plus fidèle ; l'intelligence est moins obscurcie ; elle dort mieux ; les symptômes ataxiques se sont amendés. Les douleurs et les crampes sont limitées aux membres inférieurs et beaucoup diminuées d'intensité. La marche est possible, mais toujours difficile et notablement désordonnée.

Observation V. — Homme, 50 ans. — Ataxie locomotrice ; période d'état ; troubles intellectuels consécutifs ; affaiblissement simple de l'intelligence et de la mémoire ; l'ataxie se généralise ; état stationnaire des troubles intellectuels.

D... (Godefroy), 50 ans, entre à Sainte-Anne, le 8 octobre 1874, venant de l'hôpital de la Charité. Il est atteint d'affaiblissement des facultés mentales avec confusion dans les idées.

Cet homme était maître d'hôtel dans une maison bourgeoise. Il a été militaire pendant 7 ans, n'a fait d'excès d'aucune espèce. Pas d'antécédents héréditaires, pas de maladies antérieures. Cependant, comme nous n'avons d'autres renseignements que ceux fournis par le malade, nous devons rester dans le doute à ce sujet.

En 1871, D... partit pour les Etats-Unis avec ses maîtres. Quelques mois après son arrivée, il eut des douleurs aux jambes, d'abord assez faibles, limitées, qui augmentèrent bientôt et gagnèrent la totalité des membres inférieurs. Il avait en même temps de la céphalalgie et parfois des vertiges. La vue se troublait.

Après un an de séjour en Amérique, il revient à Paris. Les

©BIUM

douleurs étaient plus vives, affectant particulièrement le côté droit. La marche s'est embarrassée peu à peu. Il a dû quitter son service et, le 12 juin 1874, il entrait à l'hôpital de la Charité.

Peu après son entrée à l'hôpital, les troubles intellectuels ont éclaté, caractérisés par du délire de persécution, hallucinations de la vue et de l'ouïe, craintes d'empoisonnement. Il voyait la sœur du service lui enfoncer un stylet dans les membres; des animaux cherchaient à le mordre; on lui introduisait du poison dans la bouche. Cet état a nécessité son transfert à l'asile. Le malade ne s'est pas aperçu de ce changement, il n'en conserve pas le souvenir. Voici quel est son état depuis son entrée dans le service.

Les douleurs siégent aux membres inférieurs, plus fortes dans le côté droit; elles sont à peu près continuelles, avec des exacerbations la nuit. Crampes et fourmillements aux pieds et aux mains. Constrictions en ceinture ; affaiblissement de la vue; les pupilles sont égales, très-contractées ; les globes oculaires sont un peu saillants. Le malade est couché, il ne peut marcher sans un aide; la station verticale est très-difficile. Nous l'avons vu faire quelques pas soutenu par un infirmier; la marche est désordonnée; il déjette fortement les jambes, à la manière des ataxiques; ces troubles s'exagèrent pendant l'occlusion des paupières, et, alors, il perçoit mal la résistance du sol. Etant couché, il peut exécuter avec les jambes des mouvements très-étendus et avec une certaine vigueur, mais ils manquent de précision. Nous ne trouvons rien de particulier aux membres supérieurs.

La sensibilité générale et tactile est à peu près intacte, ainsi que la sensibilité gustative et olfactive. L'excitation électro-musculaire provoque de la douleur et des contractions énergiques sur tous les points explorés. Les fonctions se font régulièrement. Le pouls est normal ainsi que la température. Les urines s'échappent involontairement sans provoquer de douleur, elles ne contiennent ni albumine, ni sucre. Les organes génitaux se sont progressivement affaiblis depuis le début de la maladie spinale.

L'état mental est caractérisé par de l'affaiblissement des facultés. Il ne reste aucune trace de l'excitation survenue à la Charité.

Février 1875.—Dans ces derniers jours, l'ataxie a eu quelques manifestations nouvelles: les douleurs se font sentir aux mem-

©BIUM

bres supérieurs ; elles sont très-vives aux épaules et surtout à droite. Le malade éprouve dans les parties affectées une sensation de raideur. Les mouvements commandés manquent de précision. La sensibilité générale et tactile n'est pas notablement altérée. En outre, D... a eu quelques douleurs à l'estomac et des vomissements bilieux. L'état mental n'a pas changé.

OBSERVATION VI. — Homme, 43 ans. — Ataxie locomotrice ; période d'état ; troubles intellectuels consécutifs; lypémanie anxieuse ; amélioration parallèle des deux maladies.

Wilp... (Adolphe), 43 ans, né à Kemfeld (Suisse), commis libraire, entré le 3 novembre 1833, atteint de délire mélancolique avec hallucinations et idées confuses de persécution, tentative de suicide, etc.

Ce malade s'est fait arrêter lui-même pour un crime imaginaire; il est dans un accès de profonde mélancolie. Sa physionomie exprime l'inquiétude, il ne cesse de s'agiter; il pousse des gémissements, tantôt s'accusant de « faits impardonnables », tantôt se défendant des accusations portées contre lui. Des voix l'insultent, le calomnient. Il se croit en prison.

Malgré cet état délirant, la mémoire est intacte, et nous obtenons du malade lui-même les renseignements suivants :

Son père avait de fréquents vertiges ; il s'est suicidé à la suite de mauvaises affaires. La mère est morte d'une affection cardiaque et une sœur est morte d'une congestion cérébrale. A l'âge de 14 à 15 ans, Wilp... a eu la fièvre typhoïde ; à 21 ans, la variole ; à 25 ans, il contracta la syphilis. Il a toujours été sujet aux maux de tête. Il se livrait ardemment à la masturbation dès l'âge de sept ans. A 30 ans, il part pour Saint-Pétersbourg. C'est dans cette ville, après 7 ans de séjour, que les premiers accidents ataxiques se sont manifestés, d'abord par des secousses et par des picotements le long de la colonne vertébrale, s'irradiant dans les cuisses ; puis par des douleurs rapides et aiguës aux membres inférieurs. Un peu plus tard, il a eu des crampes et des fourmillements à la plante des pieds et à la face palmaire des mains. Sa vue s'est troublée ; quand il lisait, les caractères se brouillaient ; il avait aussi de la diplopie. C'est un peu plus tard que la marche s'est embarrassée ; il manquait d'assurance et il percevait mal la résistance du sol. A cette époque, Wilp... avait conservé ses habitudes de masturbation et de plus, il voyait fréquemment

©BIUM

des femmes. Au début de sa maladie spinale, rien ne pouvait le satisfaire.

Tout d'abord, notre malade a suivi un traitement : bains sulfureux, douches froides, application de l'électricité. Enfin il revient en France. A Paris, où il est depuis 7 ans, après quelque temps de repos dans sa famille, les symptômes ataxiques s'amendent. Il a pu entrer dans une importante librairie où il a été chargé de la correspondance étrangère jusqu'au mois de juin 1874, avec quelques rares interruptions.

Pendant la guerre, les douleurs s'étaient aggravées ; la marche était devenue plus difficile. Les rapprochements sexuels étaient accompagnés de sensations douloureuses. En juin 1874, il a dû quitter son emploi. Il s'est fait soigner dans un établissement d'hydrothérapie, puis à l'hôpital Necker. A cette époque, Wilp... était déjà tourmenté par de prétendus actes d'improbité ; il était privé de sommeil ; il a fait deux tentatives de suicide.

Voici maintenant son état à son entrée à Sainte-Anne : les douleurs sont vives et lancinantes aux membres inférieurs; elles atteignent quelquefois les membres supérieurs, crampes et fourmillements continus aux pieds et aux mains, et surtout dans les cavités orbitaires. La pression du doigt sur le trajet de la moelle, surtout à la région lombaire, provoque de vives douleurs. La vision est altérée de diverses manières : quand il fixe un objet, ou cet objet lui paraît double, ou les contours s'effacent, il prend des formes fantastiques, ou bien, il change de coloration. Le soir, surtout, il voit des taches noires courir sur le sol ou papillonner dans l'air. Les pupilles sont inégalement dilatées, et il y a à gauche un léger prolapsus de la paupière supérieure. A l'ophthalmoscope, on voit les pupilles un peu pâles, leur contour est irrégulier.

Les troubles de la motilité ne sont pas très-accusés : le malade marche constamment, et toujours très-vite. Une fois lancé, dit-il, il lui est difficile de modérer son allure. L'incoordination des mouvements n'est surtout bien marquée que pendant l'occlusion des paupières, et si on oblige le malade à marcher lentement. Aux membres supérieurs, la motilité n'est pas altérée.

La sensibilité cutanée est intacte aux membres supérieurs. Aux membres inférieurs, les divers moyens d'exploration sont perçus faiblement à la plante des pieds et de mieux en mieux à mesure qu'on se rapproche du tronc. La sensibilité

©BIUM

tactile est conservée. Aux jambes, l'électricité est faiblement perçue et les contractions sont faibles. Aux cuisses, ainsi qu'aux membres supérieurs, l'électricité est vivement perçue. La contraction des muscles est immédiate et énergique.

Wilp... se dit toujours coupable des plus grands crimes. Il se croit en prison. Il prend ses compagnons de quartier pour des gens chargés de l'espionner. Dans l'un, il voit le commissaire de police, dans une autre l'exécuteur des hautes-œuvres. Il nous croit nous-même attaché à la police et chargé de découvrir ses pensées à l'aide du thermomètre. On l'accuse d'avoir attenté aux jours de l'empereur de Russie ; on l'appelle Prussien. La nuit, il est en proie à l'insomnie. Des images noires passent devant ses yeux et se transforment sans cesse. Il voit quelquefois des animaux autour de son lit. Il entend des bruits confus, souvent on prononce son nom.

23 *novembre*.— Le malade se plaint de maux de tête, siégeant à l'occiput. Il a eu quelques vertiges. Ses bourdonnements d'oreilles persistent. Il éprouve parfois à la gorge un sentiment de constriction et de sécheresse. Au lit, il rejette ses couvertures. La chaleur suffit, dit-il, pour provoquer des érections et des pertes séminales.

9 *décembre*. — Panaris du pouce. Fièvre. Température au matin, 37° 4, p. 84 ; soir, 37° 5, p. 96.

Pas de changement dans les phénomènes ataxiques, ni dans l'état mental.

10 *décembre*. — Matin, 37°3, p. 92.

Soir, 38°, p. 100.

Wilp... est habituellement constipé. Il se plaint que les aliments ont un goût « narcotique », et trouve un mauvais goût à ses cigares. Du vinaigre très-fort mis sur sa langue lui paraît être du vin blanc.

14 *décembre*. — Nous trouvons le malade plus calme. Ses bourdonnements d'oreilles ont cessé. Il n'a pas eu d'hallucination depuis deux jours. Cependant il est encore inquiet : il s'attend à aller expier ses fautes. Les douleurs sont vives dans le doigt malade. En revanche, les douleurs ataxiques paraissent s'amender : elles sont localisées aux genoux ; elles ont abandonné les membres inférieurs. Les pieds et les mains sont toujours comme engourdis. Les troubles de la vue sont moins fréquents.

Les jours suivants, le panaris ouvert suppure modérément. La température est un peu au-dessus de la normale ; le pouls

©BIUM

un peu fréquent. Les symptômes ataxiques s'amendent sensiblement ; l'état mental a suivi une marche parallèle.

Wilp... sort, dans cet état, en mars 1875.

Observation VII. — Homme, 59 ans. — Ataxie locomotrice ; incoordination des mouvements ; amaurose, troubles intellectuels consécutifs ; marche progressive des accidents ataxiques ; disparition complète du délire.

Nev... (Jean), 59 ans, employé, né à Saulieu (Côte-d'Or), entré le 19 septembre 1874, venant de l'hôpital Necker, atteint du délire de persécution avec hallucinations. On lui faisait des misères. On se moquait de lui, on l'empêchait de dormir. Il est ataxique et amaurotique.

A son entrée, le malade est agité. Il croit entendre ses parents et ses amis. On le tourmente ; on se moque de lui, on lui jette quelque chose à la figure. Il refuse de manger et de boire.

Cet état n'a duré qu'une quinzaine de jours. Le délire a totalement disparu ; l'intelligence est intacte, ainsi que la mémoire. Nev... nous fournit lui-même les renseignements les plus exacts sur sa maladie.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas de maladies de l'enfance. Etant militaire, il a fait de fréquents excès de boisson, surtout en Afrique, où il buvait de l'absinthe. Il a fait aussi des excès de femmes. En 1846, il contracta la syphilis. Il a eu des accidents secondaires. En 1857, au Sénégal, il a eu un accès de fièvre pernicieuse et plusieurs attaques de rhumatisme articulaire. Pendant le siége, en 1871, chargé de diriger des travaux sur les fortifications, il est resté longtemps exposé à l'humidité. C'est vers cette époque qu'il a commencé à ressentir des douleurs d'abord légères, puis vives et lancinantes et qui des malléoles ont gagné progressivement les jambes et les cuisses. La motilité s'est rapidement altérée. En février, il avait déjà de l'indécision dans la marche et chancelait. Il a dû abandonner ses occupations. Dans la rue, le moindre obstacle lui causait des appréhensions insurmontables. Il lui semblait parfois que le sol ondulait sous ses pas. Les troubles de la locomotion ont fait de rapides progrès, et six mois après le début des premiers accidents, il était obligé de marcher à l'aide d'une canne. Il jetait ses jambes en dehors ; il percevait mal la résistance du sol. Ce n'est que deux ans

©BIUM

après que la vue s'est affaiblie. Il a eu de la diplopie. L'œil droit a été le premier atteint, l'œil gauche n'a été frappé que cette année. La vue s'est affaiblie graduellement, et la cécité était complète peu de jours seulement avant l'entrée du malade à l'asile. Dès le début, Nev... a remarqué un affaiblissement des organes génitaux. Il avait des érections impuissantes. Six mois après l'apparition des premiers symptômes, il a eu des maux de tête, des bourdonnements d'oreilles. Les forces se sont un peu affaiblies, surtout à droite.

Dès les premiers jours de sa maladie, Nev... a suivi un traitement. L'iodure de potassium et les bains sulfureux lui ont été ordonnés. Le 8 juillet 1874, il est entré à l'hôpital de St-Louis, où le premier traitement a été continué avec adjonction de l'électricité, puis remplacé par les douches froides et le nitrate d'argent, à la dose de 1 à 4 centigrammes. Après suspension de tout traitement pendant quelques mois, il a pris des capsules de phosphore et de l'aconit. Plus tard, à l'hôpital de la Pitié, il a pris du bromure de potassium. Enfin, en juillet 1874, il entre à l'hôpital Necker où le délire a éclaté.

Actuellement, à part une constipation habituelle, les fonctions sont régulières. Rien d'anormal du côté des poumons, du cœur, et des organes abdominaux.

La station verticale et la marche sont extrêmement difficiles. L'incoordination des mouvements est manifeste. Quand le malade sort ses jambes du lit, il le fait par un mouvement d'extension brusque et rapide. Les mouvements commandés sont exécutés avec un grande énergie, mais ils manquent de précision. Ces troubles sont moins sensibles aux membres supérieurs : pour saisir un objet, il écarte démesurément les doigts.

Les douleurs sont à peu près constantes aux pieds et aux jambes, sourdes et contuses, variant de siége et d'intensité. Parfois, des douleurs fulgurantes traversent les membres inférieurs dans toute leur longueur, toujours plus vives à droite. Les pieds lui semblent comme serrés dans un étau. Aux membres supérieurs, les douleurs n'ont paru que dans ces derniers temps, d'abord limitées à l'épaule et au bras droit, elles ont ensuite gagné le côté gauche. Les mains sont le siége de fourmillements continuels, surtout à la pulpe des doigts. Il a enfin quelques douleurs et sensations de constrictions à la poitrine.

©BIUM

La cécité est complète. Cependant, le matin, le malade distingue le jour, il s'exerce à compter les carreaux d'une fenêtre placée en face de son lit; mais vers le milieu de la journée, il tombe dans une obscurité profonde. Il éprouve un sentiment de pesanteur à la région sus-orbitaire, et des douleurs tantôt aiguës, tantôt contuses, dans les yeux. L'examen ophthalmoscopique nous a montré l'atrophie des deux papilles.

L'exploration de la sensibilité à chaque fois donne les résultats suivants : La sensibilité cutanée est très-émoussée aux membres inférieurs. A la plante des pieds, le contact des doigts n'est pas perçu, le chatouillement est perçu très-faiblement et détermine des mouvements réflexes. Les piqûres, le pincement, l'application du froid et du chaud sur la longueur des membres inférieurs éveillent lentement des impressions toujours faibles, surtout à droite. Aux membres supérieurs la sensibilité est à peu près normale. La sensibilité tactile est altérée : il perçoit mal la forme et la consistance des objets placés dans ses mains. La sensibilité gustative et olfactive est intacte. Le sentiment d'activité musculaire est altéré ; le malade n'a pas la pleine conscience de la direction de ses mouvements : il ne s'aperçoit que ses jambes sont croisées que si elles ont un point de contact.

Le pouls est normal ainsi que la température. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre.

L'état mental était des plus satisfaisants, avant que le malade ait perdu la vue. C'est au moment même où la cécité a été complète, que le délire a éclaté, affectant la forme lypémaniaque. Il se croyait traduit devant un conseil de guerre : il assistait à toutes les phases d'un procès, il s'est entendu condamner à mort. On lui tirait des balles dans les jambes et dans les yeux. Il voyait ses pieds partagés à coups de hache. Il souffrait horriblement dans les parties ainsi mutilées. On lui faisait manger des excréments ; il en percevait l'odeur et le goût, quand malgré lui, on parvenait à lui faire prendre quelques aliments.

Cette période d'excitation n'a duré qu'une quinzaine de jours avec quelques intervalles de calme. Les troubles intellectuels ont disparu spontanément sans laisser aucune trace.

Mars. — Les douleurs ataxiques qui s'étaient un peu amendées, sont plus vives aux membres supérieurs, surtout à l'épaule droite. Elles sont continuelles, mais moins fortes aux membres inférieurs. Les troubles gastriques se sont manifestés

©BIUM

par de l'inappétence, un sentiment de pesanteur, et quelques crampes d'estomac. La constipation est opiniâtre. Le malade urine difficilement, avec efforts, sans douleurs. Les bourdonnements d'oreilles sont incessants. L'intelligence et la mémoire restent intactes.

OBSERVATION VIII. — Homme, 44 ans.— Ataxie locomotrice ; amaurose ; incoordination des mouvements ; troubles intellectuels consécutifs ; démence avec accès maniaques ; état stationnaire.

Sal... (Jean), 44 ans, né à Corte (Corse), cantonnier, entré à Sainte-Anne le 26 mars 1875, atteint d'affaiblissement intellectuel et de la mémoire, incohérence, etc.

Les antécédents nous sont inconnus. Le malade aurait eu vers l'âge de 28 ans une affection sur laquelle nous ne pouvons recueillir aucun renseignement. Il a fait les guerres de Crimée et d'Italie. A cette époque, il avait des habitudes alcooliques, qu'il a du reste conservées jusque dans ces derniers temps. A son retour d'Italie, à l'âge de 36 à 37 ans, il s'est éveillé un matin ayant les jambes paralysées et ne pouvant quitter son lit. Transporté à l'hôpital du Gros-Caillou, il y a subi un traitement ; puis il a été envoyé dans une station thermale. Au bout de quelques mois son état s'étant amélioré, il a pu être employé comme cantonnier. Mais il marchait difficilement. Il avait fréquemment des douleurs lancinantes aux membres inférieurs. Il y a trois mois seulement que la vue a commencée à s'affaiblir. Au mois de décembre 1874, à l'hôpital de la Pitié, cet affaiblissement de la vision a fait de rapides progrès, et la cécité a été complète en peu de temps. Sorti de l'hôpital, il a reçu quelques soins dans sa maison. C'est là que l'on a remarqué que ses idées étaient sans suite, qu'il perdait la mémoire, qu'il se livrait à des actes déraisonnables. On a dû le séquestrer.

A son entrée à l'asile, le malade présente l'état suivant : douleurs variables d'intensité, siégeant aux membres inférieurs et aux membres supérieurs. Les jambes sont quelquefois agitées par des secousses violentes, coïncidant avec les plus fortes douleurs. La cécité est complète. A l'ophthalmoscope, on voit les papilles atrophiées. Les pupilles sont également dilatées.

L'incoordination des mouvements est très-marquée. La station verticale et la marche sont impossibles sans un aide. Quand il essaye de faire quelques pas, il jette ses jambes en

©BIUM

dehors et avec force. Aux membres supérieurs, l'incoordination des mouvements est peu marquée.

La sensibilité générale est très-émoussée aux membres inférieurs et aux membres supérieurs. L'électricité provoque des contractions énergiques dans les membres, sans que le malade paraisse sensible à l'intensité du courant.

A son entrée, il a présenté des troubles gastriques, il avait des éructations fréquentes et vomissait quelquefois après ses repas. Les fonctions sont régulières. La température est normale.

L'état mental est caractérisé par un état maniaque marqué au coin de l'affaiblissement intellectuel. Il parle constamment, d'une façon inintelligible. Il rit ou se fâche sans motif; tantôt il refuse de manger, tantôt il réclame impérieusement sa nourriture. Il veut se marier avec la sœur du service. Ses réponses sont incohérentes, il n'a nulle conscience de sa situation. C'est avec peine qu'on arrive à attirer son attention sur ses impressions actuelles. Il ne paraît pas avoir d'hallucinations. Etant assis, il se balance constamment d'une façon grotesque; il fait entendre une espèce de murmure, qu'il n'interrompt que pour crachoter.

Cet état n'a pas changé depuis que nous l'observons.

Observation IX. — Homme, 40 ans. — Ataxie locomotrice ; amaurose partielle ; accidents syphilitiques ; incoordination des mouvements ; troubles intellectuels ; affaiblissement des facultés et dépression mélancolique ; même état de l'ataxie ; l'état mental s'est amélioré.

Gil... (Pierre), 40 ans, sellier, né à Verne (Ille-et-Vilaine), entre le 22 juin 1875, atteint d'affaiblissement intellectuel, dépression mélancolique, idées et tentatives de suicide, découragement, etc.

Le père du malade était scrofuleux, mort jeune encore, d'une affection indéterminée. De trois enfants, une sœur est morte à l'âge de 6 ans; un frère, blessé pendant le siége, a été soigné à Sainte-Anne pour des accès de manie consécutive.

Notre malade affirme n'avoir jamais fait d'excès. Il n'a jamais été militaire; il a été réformé pour défaut de taille. A 20 ou 21 ans, il a eu un chancre à la verge, des bubons dans l'aine, des plaques muqueuses et il a perdu ses cheveux. Il habitait un logement humide et il a été soigné à Lariboisière pour des douleurs lombaires.

©BIUM

Il y a environ dix ans qu'il a des douleurs aux jambes, d'abord faibles, revenant par accès et durant quelques heures. L'année suivante il a eu des troubles de la vue : affaiblissement, strabisme de l'œil gauche, diplopie ; à cette époque déjà il avait de l'incertitude dans la marche.

Depuis la guerre, les douleurs se sont exaspérées ; elles sont devenues lancinantes, parfois térébrantes, toujours limitées aux jambes, avec des crampes aux pieds. Un matin, vers 6 heures, sans aucun signe précurseur, le malade a éprouvé à la gorge une sensation de chaleur et de constriction, avec aphonie ; la respiration n'était nullement gênée. Depuis, la voix est affaiblie, nasonnée, avec des phénomènes particuliers que nous signalerons plus loin.

Le malade était employé comme sellier au chemin de fer du Nord. Il avait d'abord un service qui l'obligeait à parcourir la voie ; on a dû le placer dans les ateliers, l'incertitude de la marche l'exposait à des dangers. A cette même époque, il avait des troubles gastriques, de la pituite le matin, il mangeait peu et digérait mal. La constipation était habituelle. Il était longtemps à uriner. Les organes génitaux s'affaiblissaient progressivement. Enfin, au mois d'août 1874, il a dû quitter son emploi. Tous les symptômes s'étaient aggravés et il s'y était joint quelques légers vertiges, de la céphalalgie ; les fourmillements avaient gagné les mains.

Le malade s'est fait soigner chez lui par plusieurs médecins ; il a été soumis aux divers traitements en usage : iodure de potassium, hydrothérapie, frictions stimulantes, nitrate d'argent.

C'est peu de jours avant son entrée à Sainte-Anne qu'il a eu un accès de mélancolie avec impulsions violentes. Depuis quelque temps il dormait mal, il s'irritait facilement ; sa longue maladie avait épuisé ses économies, il se trouvait ainsi que sa femme dans un dénuement complet.

A son entrée à Sainte-Anne, Gill présente l'état suivant : douleurs fulgurantes limitées aux membres inférieurs, siégeant surtout aux articulations ; crampes aux pieds ; douleurs en ceinture ; les douleurs ne sont pas continuelles, elles reviennent par accès, durant quelques heures, quelquefois tout un jour. Les membres inférieurs sont parfois agités de secousses convulsives qui exaspèrent les douleurs. Il a aussi des fourmillements dans les doigts. La vue est très-affaiblie à droite, à peu près nulle à gauche. Il n'a pas de strabisme, pas de

©BIUM

diplopie. Parfois les objets semblent se déplacer; les pupilles sont inégales. La voix est nasonnée, notablement affaiblie. Il a de fréquents accès de toux spasmodique, qu'accompagne une sorte de roucoulement. Il n'éprouve aucune sensation particulière au larynx. L'ouïe est normale.

Le malade a de l'appétit, mais la digestion se fait lentement, s'accompagnant d'oppression. Il a quelquefois des envies de vomir. La constipation est habituelle. Il ne peut retenir ses urines, aussitôt que le besoin d'uriner se fait sentir. La mixtion ne provoque pas de douleurs. Les organes thoraiques et abdominaux sont dans leur état normal. Le pouls est un peu fréquent, sans élévation de la température.

La sensibilité générale est obtuse aux membres inférieurs et supérieurs. L'électricité est perçue aux divers points explorés et provoque des contractions énergiques. La sensibilité tactile n'est pas notablement modifiée.

Le malade ne peut marcher sans un aide. Les désordres de la locomotion sont considérables. Il projette ses jambes avec force, en fauchant; il frappe fortement le sol du talon. Pendant l'occlusion des paupières, les troubles s'exagèrent. Il lui est impossible de modérer son pas et de le mesurer sur le pas de son aide. Il y a de l'incoordination des membres supérieurs, mais à un faible degré.

Le malade a quelquefois des vertiges, des bouffées de chaleur vers la tête et de la céphalalgie.

Actuellement, il est très-calme. Il dort bien. Il ne présente d'autres troubles qu'un peu d'affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire, de la sensiblerie; il est irritable. Il a le souvenir de son accès de mélancolie, qu'il attribue au chagrin de se voir si longtemps malade, sans espoir de guérison, et de laisser sa femme sans ressources.

Chez tous nos malades, les troubles de l'intelligence ont paru consécutivement à l'ataxie locomotrice, à une période plus ou moins éloignée du début, toujours après l'incoordination des mouvements, et avant que les symptômes ataxiques aient été bien accusés aux membres supérieurs.

L'ataxie locomotrice a affecté la forme commune avec ses symptômes habituels. Nos malades ont tous présenté un certain degré d'affaiblissement musculaire, toujours plus

©BIUM

marqué dans un côté du corps : c'est aussi dans ce côté que les accidents ataxiques, douleurs, incoordination sont plus accusés. Ils ont eu de la céphalalgie, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, plus ou moins longtemps avant l'apparition des troubles intellectuels.

L'inégalité pupillaire notée chez quelques-uns, s'observe fréquemment, d'après M. Charcot, dans l'ataxie locomotrice, en dehors de toute complication.

Les habitudes alcooliques de la malade qui fait le sujet de l'observation IV, nous amène à quelques considérations sur les rapports de l'ataxie avec l'alcoolisme. Dans l'intoxication alcoolique, on observe presque toujours des troubles de la sensibilité, des douleurs, des crampes, des fourmillements qui provoquent des fausses sensations et des hallucinations caractéristiques. On observe aussi de l'anesthésie cutanée et tactile, la perversion de la sensibilité gustative et olfactive et des troubles de la vue, amblyopie, diplopie, taches noires ; enfin il existe, parfois, des troubles de la locomotion et de la maladresse des mains.

M. Charcot, dans ses leçons à la Salpêtrière, a signalé les rapports des deux affections. « Magnus Huss, dit le » savant professeur, a insisté sur les douleurs lancinantes, » parfois très-pénibles, dont se plaignent les alcooliques. » Tout récemment, MM. Wilks et Lockart ont appelé l'at- » tention sur une forme de paraplégie qui s'observe, paraît- » il, assez fréquemment à Londres, chez les femmes, même » parmi les ladies, et qu'ils désignent, d'un commun » accord, sous le nom de paraplégie alcoolique. Un des » traits les plus saillants de cette forme pathologique, paraît » être l'existence de douleurs revenant par accès et que les » malades comparent à des chocs électriques. » On voit, d'après cela, que l'erreur peut être facile. Mais notre malade ne présente de toute la symptomatologie si caractéristique de l'alcoolisme qu'un léger tremblement fibrillaire de la langue. La succession et la marche ascendante des phéno-

©BIUM

mènes ataxiques suffisent pour éloigner la pensée de cette affection. Toutefois, les excès alcooliques peuvent, chez elles, être la cause, au moins prédisposante, de l'état mental.

Les troubles intellectuels ont paru, chez tous nos malades, dans la période d'état. Les différentes formes observées n'ont rien présenté d'anormal.

Dans les cas d'ataxie avec paralysie générale, il est difficile de suivre la marche des deux affections, parce que les accidents musculaires de la paralysie ne tardent pas à obscurcir les symptômes ataxiques. De plus, l'intelligence et la mémoire s'altèrent rapidement, et les malades sont bientôt incapables de rendre compte de leurs sensations. Au contraire, dans les cas où une affection mentale autre que la paralysie générale est venue compliquer la maladie de la moelle, nous avons pu observer les phénomènes propres à chacune d'elles, et les rapports qu'elles ont présentés.

Dans ces cas, l'ataxie et la folie, envisagées séparément, ont suivi leur marche habituelle. De plus, là où les deux maladies ont présenté des exacerbations et des périodes de calme, nous avons souvent noté un rapport direct entre les phénomènes ataxiques et les manifestations délirantes. Ainsi les deux malades (Obs. IV et V) ont eu une période d'excitation à leur entrée dans les hôpitaux, c'est-à-dire à une période pour ainsi dire aiguë de l'affection spinale. Nous voyons ensuite chez la femme P... (Obs. IV) les douleurs diminuer, les troubles de la locomotion s'atténuer et l'état mental s'améliorer parallèlement.

Les observations VI et VII sont aussi remarquables à ce point de vue. Dans la première, nous voyons qu'à l'état aigu de l'affection spinale, correspond la plus grande activité du délire lypémaniaque ; puis, peut-être sous l'influence de l'état fébrile, les phénomènes s'amendent parallèlement, et le malade est rendu à la liberté, sensiblement amélioré.

Chez le malade Nev... (Obs. VII), l'explosion du délire coïncide avec la perte de la vision et l'intensité des douleurs.

©BIUM

Nous voyons de plus, chez lui, une influence remarquable des troubles de la sensibilité sur les manifestations délirantes. Le malade croyait qu'on lui tirait des balles aux jambes ou dans les yeux. Il voyait ses pieds mutilés à coups de hache... on lui faisait respirer de mauvaises odeurs... manger des ordures. Ce sont là évidemment des interprétations délirantes des divers symptômes ataxiques, douleurs aiguës ou térébrantes, altération de la sensibilité gustative et olfactive.

Chez ce malade, nous voyons les troubles intellectuels disparaître. Les symptômes ataxiques s'étaient amendés. Puis, l'intelligence restant intacte, la maladie spinale reprend sa marche progressive.

Le malade d'Herb. (Obs. V) a présenté des troubles analogues pendant sa période d'excitation ; puis les deux maladies ont eu une période de calme simultanée ; enfin l'état mental restant stationnaire, l'ataxie se généralise.

Dans l'observation VIII, les deux affections sont dans un état stationnaire, présentant, toutes deux, leurs manifestations respectives.

Dans l'observation IX, l'état mental s'est amélioré, et les symptômes ataxiques persistent avec un certain degré d'intensité.

En résumé, sur neuf malades atteints d'ataxie locomotrice avec complication de folie, nous avons trois paralytiques généraux. Six ont présenté divers états délirants, en dehors de cette affection.

Chez tous, l'aliénation s'est développée consécutivement à une période plus ou moins éloignée du début des accidents ataxiques, et toujours à la période d'état.

Chez nos paralytiques généraux, l'affection mentale n'a rien présenté d'anormal. L'ataxie a affecté la forme paraplégique avec ses caractères habituels. La paralysie générale obscurcit considérablement les phénomènes ataxiques ; elle

©BIUM

progresse, quand l'affection médullaire semble rester stationnaire.

Dans les autres cas, l'ataxie a présenté les symptômes habituels. Les différentes formes mentales ont eu leurs manifestations ordinaires. Les deux affections ont suivi d'abord une marche parallèle, soit qu'elles aient présenté des exacerbations, soit qu'elles se soient améliorées, soit enfin, qu'elles aient été stationnaires. En dernier lieu, l'état mental étant guéri ou amélioré, l'ataxie locomotrice reprend sa marche progressive.

©BIUM

DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE

ET DE SES ALTÉRATIONS

DANS LES

AFFECTIONS MÉLANCOLIQUES

Par M. le Dr SEMAL
Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés de Mons (Belgique).

Mémoire qui a obtenu le prix Aubanel.

(3e *article.*)

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE EXTERNE.

I. *Sensations de contact.*

La diminution de la sensibilité générale cutanée est fréquente chez les mélancoliques, surtout à une certaine période de la maladie et dans les variétés qui s'accompagnent de stupeur. Ils sentent confusément le contact des objets, et leur degré de tension thermo-électrique, mais il faut un choc ou une pression plus forte; les petites variations de température sont inaperçues, de même que les stimulants électriques faibles. La douleur elle-même ne se produit qu'imparfaitement; d'autres fois elle naît dans des parties presque insensibles aux autres stimulations. Ce fait s'explique pour ceux qui considèrent la douleur comme un trouble concomitant d'une modification organique, mais

©BIUM

pour ceux qui voient en elle une manifestation normale de la sensibilité, il faut supposer que le nerf n'est insensible que dans une grande étendue de son parcours et que la partie nerveuse, encore en communication avec le centre percepteur, continue à agir par suite d'un stimulus parti des régions voisines. S'il en est ainsi, pourquoi les sensations douloureuses continueraient-elles à être perçues, et non celles de contact ou de température? et pourquoi le point central ainsi stimulé, quoique indirectement, ne développerait-il qu'une des phases de son énergie? Car en supposant un centre et des fibres algésiques, il faut admettre que ces fibres et ces centres se trouvent intimement mêlés aux fibres et centres tactiles, et on ne comprendrait pas bien pourquoi la communication d'activité se ferait pour les uns et pas pour les autres.

Certains malades hypochondriaques sujets aux névralgies cutanées, présentent cette particularité que dans les endroits correspondants aux points névralgiques de Valleix, il y a obtusion de la sensibilité au contact, coïncidant avec une exagération de la sensibilité électro-thermique. Une pensionnaire de notre asile en proie à un délire hypochondriaque, qui la poussa au suicide, souffrit à diverses reprises d'accès névralgiques localisés à la partie antérieure de la jambe droite; la douleur était tellement intense que l'idée seule qu'on pût toucher la partie lésée, exaspérait la malade; cependant en détournant son attention on pouvait y appliquer la main ou un corps quelconque, qui n'était senti qu'après un certain temps, et comme objet froid ou chaud. La malade ayant été soumise à l'électrothérapie, le même fait se produisit; les éponges humides excitèrent d'abord une sensation de froid, suivie d'une sensation thermo-électrique tellement intense, qu'il fallut employer des courants d'une faiblesse extrême et qui eussent été insensibles pour la malade, dans toute autre partie du corps.

©BIUM

Romberg et Spring (1) ont du reste insisté sur la susceptibilité des parties anesthésiées à subir les variations de température du milieu ambiant; c'est même ce qui avait déterminé ce dernier auteur à faire prévaloir l'hypothèse de fibres et d'un centre thermiques. Nous ne reviendrons plus sur les motifs qui nous ont engagé à combattre ces théories, qui tendent à mettre l'organisation en dehors des lois générales de la nature. Si aucun phénomène ne peut se produire sans déterminer *mouvement*, *chaleur* et *électricité*, comment pourrait-on concevoir l'activité d'un nerf ou d'un centre matériel, qui ne manifesterait qu'une de ces propriétés? elles sont connexes et inséparables, elles peuvent varier dans leurs rapports.

L'hémianesthésie cutanée n'a pas encore été signalée dans les mélancolies franches; elle se présente dans les hystéries, dans les affections alcooliques, et relève dans ce dernier cas d'une cause cérébrale; mais rien n'autorise à en faire un symptôme propre des affections mélancoliques.

Les hypesthésies partielles sont fréquentes dans les névroses tristes, mais chez les femmes il est souvent difficile de discerner ce qui revient à la mélancolie, de ce qui est le fait d'une complication hystérique.

Engourdissements et picotements. Les hypochondriaques, et les délirants par persécutions présentent fréquemment ces sortes de troubles, qui servent à alimenter leur délire. Ce sont deux phases d'un même phénomène : d'un côté l'activité nerveuse semble diminuer jusqu'à cessation dans la partie engourdie, et de l'autre le retour de l'influx développe les picotements (2).

---

(1) *Lehrbuch der Nerven-Krantkheiten*, tome I, p. 240.

(2) M. Legrand du Saulle, dans son *Délire des persécutions*, page 294, signale un malade qui attribuait ce symptôme à des aiguilles qu'il aurait eues entre chair et peau. Voir aussi même auteur, p. 79.

Brachet, *De l'Hypochondrie*, page 9, rapporte le cas d'une ma-

©BIUM

Démangeaison et prurit. Ces symptômes se produisent *subjectivement* chez les mélancoliques, ou bien se développent à la suite de simples contacts. Parfois ils affectent une forme périodique, et déterminent souvent des tendances à la tristesse. Une dame, vers l'âge de retour, était, chaque soir, prise de démangeaisons dans toutes les parties de la surface tégumentaire, et principalement aux plis du coude, du poignet et de l'aine. La persistance de ces troubles fut l'occasion d'une mélancolie hypochondriaque, qui dura plusieurs années. Retirée du monde où l'appelaient sa position et ses goûts, elle fit de tristes réflexions qui dégénérèrent en idées systématisées, et quand nous la vîmes, après deux ans passés à la recherche et à l'emploi des médications les plus insolites, il ne fut plus possible de faire consentir la malade à suivre nos conseils.

Les mélancolies qui surviennent à la suite d'onanisme ou d'excès sexuels se compliquent fréquemment de démangeaisons cutanées, sans qu'on sache bien positivement si les pratiques onanistiques en sont la suite ou la cause.

Les fourmillements, qu'il ne faut pas confondre avec les picotements, se remarquent aussi dans le cours des affections mélancoliques et sont ordinairement d'un fâcheux augure, car la cause qui les fait naître réside dans les parties centrales. Ce symptôme n'est du reste que secondaire dans les affections mélancoliques, et doit faire craindre la paralysie. Cependant Spring (1) prétend qu'il peut n'être que la suite de pertes séminales excessives.

Analgésie. Depuis les travaux de Beau, ce nom est réservé à une diminution dans la susceptibilité de la peau à la douleur, avec conservation de la sensibilité tactile. Ce symptôme qui a jusqu'ici résisté à toutes les explications

---

lade qui présentait des symptômes d'engourdissement dans les membres.

(1) *Symptomatologie*, tome II, p. 149.

©BIUM

qu'on en a données, est plus fréquent chez les maniaques que chez les mélancoliques; toutefois en ne lui accordant pas toute sa valeur, et considéré comme une abolition plus ou moins complète de la douleur, il est le propre des affections lypémaniaques accompagnées de stupeur.

Hyperalgésie. Cet état est l'opposé du précédent; les douleurs naissent spontanément, ou le moindre contact, la moindre action de chaud ou de froid, ou de faibles courants électriques les déterminent (1). Il ne faut pas néanmoins le confondre avec l'hyperesthésie cinesthésique des mélancoliques, dont nous avons déja parlé et qui nous occupera en son lieu; ici l'accident est localisé dans un point de la peau, et n'est souvent que sympathique d'une affection des viscères. Les hypochondries qui proviennent d'une lésion gastro-hépatique, ou qui du moins s'accompagnent de troubles fonctionnels de ces viscères, déterminent souvent des douleurs synesthésiques à l'épigastre et à l'épaule.

Apséphalgésie. Nous avons déjà cité un cas d'absence ou plutôt de retard et d'obtusion de la sensation de contact avec conservation des autres facultés de la sensibilité générale, chez un mélancolique; quant à l'abolition complète du tact, elle nous paraît inadmissible, sans affaiblissement concomitant des autres sensations, et coïncidant alors avec une altération organique des nerfs périphériques. Nous ne parlons, bien entendu, pas du *toucher*, ou plutôt du *palper* qui est un sens complexe dans lequel les sensations tactiles entrent comme éléments, au même titre que les sensations musculaires et les idées de forme, de grandeur, etc.

II. *Des sensations thermiques.*

La peau et les muqueuses voisines, sont les organes où

(1) Voir comme exemples les observations rapportées par M. Legrand du Saulle, dans sa *Monographie du délire des persécutions*, pages 90, 205.

©BIUM

se produisent principalement les sensations de température; (pour être exact, il faudrait dire toutes les sensations générales), et ces faits s'expliquent par les nombreuses vicissitudes qui se passent dans le milieu cosmique et la régularité relativement remarquable des phénomènes produits dans les milieux internes. Cependant la peau n'est pas le siége exclusif de ce que Weber appelait le sens de température, toutes les muqueuses situées aux orifices cutanés accessibles à l'air ambiant sont susceptibles d'être le point de départ de sensations de ce genre; mais si nous n'adoptons pas en cela l'opinion de l'auteur que, nous venons de citer, par contre, nous rappellerons que, d'accord avec lui, nous nous refusons à voir dans les sensations thermiques, l'effet d'une sensibilité spécifique localisée dans un appareil spécial. Pour Weber, la chaleur en dilatant les tissus, le froid en les resserrant, devaient produire des sensations de pression diminuée ou augmentée, et les sensations thermiques auraient été constituées par un mode particulier du mouvement moléculaire des fibres tactiles. Nous partageons pleinement cette manière de voir, et nous sommes loin de croire avec Spring, que la question soit résolue en faveur de l'existence d'un centre et de fibres thermiques, par l'observation pathologique que le tact peut être aboli entièrement (?), tandis que le sens thermique continue de fonctionner normalement et même avec exagération (1). Ce qui est vrai pour les phénomènes observés en dehors de l'organisme, ne saurait être faux pour ceux qui se produisent en nous; et si les conquêtes de la physique ne permettent plus à un homme instruit d'ignorer que chaleur, mouvement, électricité, sont des forces qui s'engendrent réciproquement et ne peuvent se concevoir isolément qu'au point de vue théorique, c'est-à-dire en faisant abstraction *volontaire* des deux autres; si d'un autre côté, l'expérience la plus usuelle, la plus vu-

(1) *Loco citato*, page 109.

©BIUM

gaire montre un même agent matériel suffisant à les conduire simultanément, pourquoi s'évertuer à trouver des distinctions qui obscurcissent inutilement les études psychologiques. La prédominance de l'une de ces trois propriétés ne saurait l'autoriser, et il est illogique de prétendre que la sensibilité tactile est abolie alors que la présence d'un corps se manifeste par l'une plutôt que par l'autre de ses propriétés générales.

D'un autre côté, l'observation démontre que les parties du corps les plus sensibles aux variations thermométriques, sont précisément celles où les fibres dites tactiles se trouvent en plus grand nombre; aussi les partisans de l'opinion que nous combattons, sont-ils amenés à reconnaître que leurs fibres thermométriques empruntent la voie des fibres tactiles auxquelles elles se trouvent mêlées.

Rappelons du reste, que M. Mac Donnell et Lauge ont expliqué les faits d'obtusion des sensations de contact avec conservation de la sensibilité thermesthésique par la différence de résistance que présenteraient les nerfs tactiles, suivant la nature des impressions qu'ils sont appelés à transmettre à la moelle épinière, et que M. Vulpian semble partager complétement cette manière de voir (1).

Nous n'aurons pas besoin d'insister beaucoup sur les troubles thermesthésiques qui caractérisent les affections mélancoliques, quand nous aurons rappelé que les états adynami-

(1) M. Brown-Sequard, en présentant à la Société de biologie le travail de M. Mac Donnel, incline également à admettre que la diversité des sensations tient, non pas à ce que des impressions diverses sont transmises par des conducteurs spéciaux aux centres nerveux, mais à ce que ces impressions, suivant qu'elles sont de telle ou telle sorte, modifient d'une façon différente, *quoique conduites par les mêmes fibres nerveuses*, les éléments de la moelle épinière. (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article Moelle, 2e série, tome VIII, page 423.)

©BIUM

ques, de quelque nature qu'ils soient, les présentent à tous les degrés. Les affections chroniques des viscères abdominaux et thoraciques, déterminent un sentiment de cuisson pénible, que l'on observe chez certains hypochondriaques (1). Les personnes d'un tempérament nerveux, ont déjà à l'état normal des bouffées de chaleur qui leur montent à la tête, mais chez les mélancoliques, chez les hypochondriaques, ce symptôme se répète fréquemment et pour ainsi dire à chaque sensation, à chaque émanation, dans la période prodromique ou hyperesthésique de l'affection. Les femmes y semblent plus prédisposées que les hommes. Il est à remarquer toutefois que ce symptôme alterne ordinairement avec une frilosité très-notable, mais ici encore les affections mélancoliques ne sont pas favorisées, car toutes les émotions morales, dans l'état de santé ordinaire, les produisent également chez les névropathiques non délirants.

III. *Sensations électriques.*

Il est hors de doute que l'organisme ne soit le siége d'une électricité statique qui puisse dans certaines circonstances se manifester dynamiquement, témoins les courants électriques qui se révèlent dans la peau couverte de sueur, la langue, les muqueuses bucco-stomacales, quand on les met en contact avec un galvanomètre. Ces phénomènes sont évidemment dus aux réactions chimiques qui se passent dans ces organes; mais on sait qu'en outre, l'activité physiologique des nerfs et des muscles les développe également; ce qui avait eu le don de tellement captiver l'attention des physiologistes, que bon nombre d'entre eux, M. Dubois-Reymond entre autres, identifièrent longtemps la force nerveuse avec une force purement électrique. Cette erreur fut, au reste, de courte durée, grâce aux travaux de Mat-

(1) Legrand, *loco citato*, p. 134, 252, 254.

©BIUM

teucci ; en effet, la question semble tranchée d'après ces paroles du célèbre physiologiste de Florence :

Il y a entre l'agent nerveux et le courant électrique, cette relation, ou plutôt cette corrélation qui existe entre toutes les grandes forces de la nature; une de ces forces dans certaines conditions déterminées peut produire l'autre, et se transformer en cette autre, ou c'est, vice-versa, *cette seconde qui dans d'autres conditions se transforme et produit la première.* De là à concilier les théories physiologiques avec les données physiques, il n'y avait qu'un pas ; cependant, ce n'est que dans ces derniers temps que l'expression de force thermo-électrique a été appliquée à la force nerveuse par M. Garrod (dans le *Journal of anatomy and physiology*, n° 12) (1).

Pour cet auteur, la force nerveuse dériverait de la différence qui existe entre la température de la surface du corps et celle de l'intérieur. Appliquée à la sensibilité générale, telle que nous l'entendons, cette théorie est parfaite, mais relativement à la sensibilité spéciale, elle est en dessous de la réalité. Toutefois, telle qu'elle est émise, la théorie de M. Garrod corrobore notre manière de voir. Seulement nous ajouterons que, non-seulement les vicissitudes thermo-électriques du milieu ambiant retentiront toujours sur l'équilibre thermo-électrique des nerfs, mais qu'en outre des variations de température survenues dans les milieux internes, pourront aussi développer des phénomènes électriques, ou plutôt se transformer en phénomènes électriques.

Il est vrai que ce genre de trouble siégeant exclusivement dans la sensibilité musculaire, ne doit qu'être mentionné ici ; d'un autre côté, les variations électriques du milieu cosmique ayant une influence générale sur la sensibilité, tout en s'exerçant directement sur la peau, trouveront mieux leur place quand nous traiterons des troubles cénesthési-

(1) Voir *Revue des sciences médicales*, tome IV, 2e fascicule, p. 432.

©BIUM

ques, produits par les vicissitudes météorologiques et magnétiques.

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE INTERNE.

A. *De la sensibilité musculaire.*

Si l'hypothèse d'un sens musculaire paraît devoir être rejetée au dire des physiologistes qui font actuellement autorité, il n'en est aucun néanmoins qui refuse la sensibilité au tissu musculaire, et cette sensibilité offre bien les caractères que nous avons reconnus à la sensibilité générale. Le degré de mobilité des corps, d'où dépend leur résistance et leur pesanteur, est directement apprécié par la sensibilité musculaire, la peau n'ayant fourni à cet égard qu'une sensation de contact pur et simple.

La température des corps extérieurs est appréciée par les terminaisons nerveuses de la surface cutanée, et celles qui prennent naissance dans les fibres musculaires n'interviennent qu'indirectement dans les sensations de cette espèce. Toutefois, si l'on réfléchit à la certitude désormais acquise par les travaux de Claude Bernard, que les modifications chimiques dont le tissu musculaire est le siége, constituent la source primordiale et prépondérante de la température interne, on comprendra facilement que les impressions de l'état thermique des organes internes prennent pour arriver au *sensorium* le canal des fibres sensitives musculaires. De plus, s'il était permis de hasarder une hypothèse sur le mécanisme de ces sensations, nous pencherions à établir la suivante, basée du reste sur ce qui a été précédemment dit des sensations en général. Une sensation ne naît qu'à l'occasion d'une différence entre un état extérieur et l'état habituel de l'organisme ; ce dernier est donc nécessairement le point de départ ou de comparaison; c'est,

©BIUM

comme il a été déjà rappelé à satiété, le fonds général sur lequel viendra trancher une situation transitoire dont la perception constituera la sensation. Mais ce fonds lui-même est un composé de sensations provenues de tous les points de l'organisme, dont la cohésion est si grande, la régularité si parfaite, et les différences si minimes, que l'état de conscience (cénesthésie), qui en résulte, est naturellement faible. Cependant il existe indubitablement ; et, dans le cas spécial qui nous occupe, on peut inférer que la conscience de l'état moyen de température de l'organisme s'établit par l'apport des impressions puisées aux sources mêmes de chaleur, c'est-à-dire dans les muscles, et que cet apport ne peut se faire que par les fibres nerveuses émergentes de ces tissus.

Ceci admis, il est facile de comprendre les sensations produites par l'application d'un corps froid ou chaud sur la surface cutanée : les fibres nerveuses afférentes contenues dans l'épaisseur du derme se mettent en équilibre de température avec le corps tangent, ce mouvement calorique se fait sans obstacle jusqu'au premier centre ganglionnaire, où les fibres qui l'ont propagé s'unissent aux filets musculaires et opèrent ainsi la fusion des deux états thermiques en une résultante, qui par diffusion s'élève jusqu'aux centres perceptifs, et réalise la sensation par contraste avec les états antérieurs. Certes, ces hypothèses ne trouveront pas crédit auprès de tous ceux qui liront ces lignes ; cependant elles ont le mérite de s'appuyer sur des données admises.

En terminant le chapitre précédent nous faisions remarquer que la chaleur développée par les réactions chimiques du tissu musculaire pouvait se transformer en un phénomène électrique ; c'est ce qui donne la clef de ces sensations ressenties parfois à l'état normal, mais plus fréquemment dans les affections hypochondriaques, et qui sont pour ainsi dire caractéristiques du délire des persécutions (1), et que la

(1) Voir Legrand du Saulle, *loco citato*, pages 29, 34, 81, 82,

©BIUM

luxuriante prolixité des malades n'est jamais parvenue à définir autrement qu'en les comparant à elles-mêmes, c'est-à-dire à des *secousses électriques*.

Les sensations fournies par les nerfs sensitifs des muscles réunissent donc bien les conditions requises pour être des sensations générales. Mais ne peuvent-elles être que telles, et en ce cas les considérations qui précèdent suffisent-elles à établir ce fait ? Non évidemment, et cela nous oblige à de nouvelles explications ; explications inévitables, cependant, pour éviter le reproche d'avoir voulu scinder dans ses éléments un tout qui devait rester indistinct. En effet, si le *sens musculaire* existe comme tel, c'est-à-dire constitué par un foyer spécial de perceptions pour les sensations musculaires, et de plus par des fibres nerveuses centripètes, spéciales aussi, mettant les muscles en rapport avec l'organe central de ce sens, il est illusoire de persévérer dans la voie où nous sommes entré. Heureusement nous pouvons être bref et faire abstraction des vues personnelles dont le crédit serait contestable, et nous appuyer sur de solides étais.

Il n'existe pas, dit M. Vulpian, *de sensations musculaires spéciales qu'on puisse rapporter à un sens spécial, le sens musculaire des auteurs. La sensation complexe du mouvement exécuté a pour cause provocatrice ordinaire l'ensemble des impressions produites par le déplacement de la partie que les muscles entraînent dans telle ou telle direction.*

Le célèbre physiologiste développe cette opinion à laquelle nous nous rangeons complétement, de manière à ne plus laisser prise au doute : entre autres considérations il émet celle-ci : « Il n'est pas certain que les animaux éprouvent une sensation de contraction musculaire, les informant du changement que la contraction engendre dans les muscles. » M. Vulpian aurait pu dire sans dépasser les bornes de la

---

90, 127, 176, 188, 205, 219, 222, 292, 223, 252, 254, 259, 253 et Brachet, *loco citato*, page 8.

©BIUM

vérité, qu'il est même certain que les animaux n'ont aucune sensation de cette espèce, car si le fait est invérifiable sur l'animal, n'allez pas loin chercher une preuve; prenez un enfant, et sans grande difficulté vous acquerrez la certitude que loin d'avoir conscience d'une contraction musculaire, ou même d'un mouvement quelconque se produisant dans les masses charnues, c'est uniquement aux articulations qu'il localisera la sensation de déplacement du membre, dont l'habitude et l'intervention de la vue seules lui apprendront à connaître l'étendue.

Le sens de force, ou sens musculaire, procède donc d'une opération psychique, ainsi que l'avance Bernhardt (1); mais contrairement à son assertion, nous pensons que les impressions sensitives nées des parties molles qui avoisinent les muscles ne contribuent pas seulement à compléter la notion fournie par le sensorium, mais en sont au contraire la base. Nous confondons ainsi en un tout indistinct nos sensations et nos jugements, au point de ne plus les discerner les uns des autres dans la pratique, mais en réalité la sensation totale est loin d'être simple. Empruntons pour le prouver un exemple au célèbre professeur Huxley, de Londres (2) : Le fait de promener, les yeux étant fermés, un doigt sur une table, donne la sensation d'une surface dure et plate qui paraît bien simple, mais qui en réalité est un état complexe de sensation, composé :

a. De sensations simples de contact fournies par la peau.

b. De sensations simples musculaires de deux genres, l'un provenant de la résistance de la table, l'autre des mouvements des muscles qui meuvent le doigt.

c. Des idées de l'ordre dans lequel ces sensations simples se succèdent.

d. De comparaisons entre ces sensations et leur ordre

(1) Voir *Revue des sciences médicales*, tome I, page 61.

(2) *Leçons de psychologie*, traduites par le Dr Dally, page 264.

©BIUM

avec le souvenir des sensations analogues semblablement coordonnées qui auraient été perçues antérieurement.

e. Du souvenir des impressions d'étendue, de surface plate, etc., faites sur l'organe de la vue quand ces sensations antérieures, tactiles et musculaires, étaient perçues.

De telle sorte, ajoute Huxley, que dans cet exemple les seules sensations simples (générales, dirions-nous en outre) sont celles de contact et d'action musculaire. La plus grande partie de ce que nous appelons la sensation est une masse complexe d'idées, de jugements actuels et de souvenirs.

Aussi, pénétré de l'exactitude de cette dernière considération, ne pouvons-nous accorder crédit à l'opinion de M. Axenfeld (1) qui cite d'après Jaccoud, comme preuve patente de l'existence du sens musculaire, *le larynx dont les muscles donnent au chanteur, avec une étonnante précision, la mesure de la tension que leurs contractions variables impriment aux lèvres de la glotte*. Il en est de même de l'exemple cité par Spring (2); si l'aveugle s'aperçoit qu'il monte ou descend un plan incliné, c'est par suite du sentiment complexe de l'équilibre, qui résulte, il est vrai, de la sensibilité musculaire, mais ne milite nullement en faveur de l'existence d'un *sens* musculaire.

Du reste, les impressions qui prennent naissance dans les muscles ne peuvent déterminer que des états de conscience bien faibles, car si la différence dans la position d'un membre, à deux moments donnés, est grande, si le déplacement est très-appréciable, il ne faut pas perdre de vue que ce résultat n'a été atteint qu'à la suite d'une série d'états intermédiaires qui en ont détruit la portée. Cest ce qu'Herbert Spencer a eu soin de noter avec cette précision qui caractérise toutes ses œuvres : *Dans les états de conscience*

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, p. 64 du tome VII.

(2) *Loco citato*, p. 569, tome I.

©BIUM

qui accompagnent les actions musculaires, la cohésion est cachée comme la limitation. La difficulté d'observer les limitations mutuelles des sensations musculaires est due à ce fait, que chaque muscle ou série de muscles, passe de l'état de repos à l'état d'action, et de l'état d'action à l'état de repos, par des gradations qui occupent un temps appréciable, et que conséquemment l'état de conscience qui accompagne, au lieu de commencer et de finir brusquement, s'affaiblit et s'évanouit aux deux extrémités (1).

Si les sensations musculaires sont peu remarquées, il est naturel qu'elles excitent peu l'activité psychique, et c'est ce qui achève de leur donner les caractères que nous avons attribués aux sensations générales. Cependant, il est juste de remarquer que les sensations de l'espèce sont plus fécondes en perceptions normales que les sensations simples fournies par la peau. Il est inutile de les énumérer ici, puisqu'elles se présenteront naturellement dans l'étude des troubles afférents à cette partie de la sensibilité générale.

I. *De la fatigue.*

Le sentiment de fatigue, qui naît à la suite de l'exercice ou du travail, ne doit pas être confondu avec le sentiment de lassitude morbide se faisant sentir indépendamment de tout travail musculaire et qui doit seul nous occuper ici. Ce qui les différencie au reste complétement, c'est que la fatigue normale est suivie d'un certain plaisir procuré par le repos, tandis que la lassitude morbide est constamment unie au malaise et à la tristesse ; aussi est-elle fréquente dans les affections mélancoliques ; il serait plus juste de dire dans les maladies en général, car ce qui la provoque est nécessairement un trouble dans les phénomènes physico-chimiques auxquels on a donné le nom d'oxydation, de respiration

(1) Herbert Spencer, *Psychologie.*

©BIUM

musculaire, et déterminant par suite une altération du sang et la compromission de la santé.

On sait jusqu'où va le sentiment de fatigue chez certains hypochondriaques ou mélancoliques, qui les tient confinés au lit parfois pendant des mois, des années mêmes.

II. *Hypesthésie musculaire.*

La sensibilité musculaire peut nécessairement s'exalter, mais cet état est propre aux affections maniaques et ne doit point nous arrêter. Chez les mélancoliques, elle s'affaiblit au contraire jusqu'à faire perdre la notion de l'existence des membres, ou de certaines autres parties du corps. Les cas de cette espèce sont trop communs pour qu'il faille les rapporter, mais quand l'hypesthésie musculaire envahit toute une moitié du corps, il se produit une illusion sur laquelle nous croyons devoir insister par un exemple : Mlle Marie S..., âgée de 19 ans, d'un tempérament nerveux, fille de parents névrosiques, élevée dans un milieu où les idées mystiques tenaient lieu de raisonnement, eut vers l'époque de sa puberté de légères crises hystériques qui cédèrent à un traitement tonique, sans cependant disparaître complétement. Un événement tragique dont elle fut témoin, amena une perturbation d'autant plus grande que le sujet était plus préparé à la subir, et c'est au milieu d'accès convulsifs alternant avec des explosions délirantes, dont les idées tristes et terrifiantes formaient le fond, qu'elle fut amenée à l'asile. Les nuits surtout étaient pénibles, la malade dormait peu et pendant de longues heures d'insomnie se lamentait et prétendait sentir à côté d'elle, du côté droit, le cadavre de l'homme qu'elle avait vu mourir sous ses yeux; elle ne le voyait pas, mais le sentait se confondre avec son propre corps, et à chaque instant elle soulevait les couvertures de son lit pour contrôler cette sensation.

Notre attention ayant été appelée par ce fait, nous examinâmes attentivement la malade, et le résultat de nos inves-

©BIUM

tigations fut que Mlle S..., était hémianesthésique, ce qui n'avait rien de bien étonnant, puisque l'état hystérique était formel, et que cette forme pathologique lui est particulière. Cet affaiblissement de la sensibilité ne se bornait pas à la surface tégumentaire, il atteignait également et plus fortement les fibres sensibles des muscles, ce qui fut constaté par l'application de courants électriques qui permirent de faire contracter assez violemment les muscles sans éveiller autre chose qu'un sentiment confus de chaleur et de fourmillement.

Nous nous sommes demandé depuis, si ce n'était pas plutôt l'anesthésie musculaire que l'anesthésie cutanée qui provoquait ces troubles dans le sentiment de l'individualité; notre conclusion fut d'autant plus affirmative que la comparaison avec des anesthésies cutanées franches, nous prouva que c'était plutôt l'inverse qui se produisait : les malades, loin de confondre les objets extérieurs avec leurs propres personnes, sont plutôt disposés à en nier l'existence.

Dans les mélancolies avec stupeur, la sensibilité musculaire est également diminuée ; c'est ce qui donne aux mouvements leur raideur automatique et permet aux malades de conserver pendant longtemps des positions qui amèneraient une fatigue et de grands efforts à l'état normal.

III. *Des douleurs musculaires.*

Certains auteurs ont nié que la douleur eût pour siége la substance musculaire elle-même, ou plutôt les nerfs qui en émergent; mais comme cette opinion est connexe à celle qui niait la sensibilité aux muscles, nous y reviendrons d'autant moins que la pathologie a tranché la question en révélant un état hyperesthésique des muscles, dans les rhumatismes et les fièvres.

Les névroses hystériques et hypochondriaques en offrent

©BIUM

de fréquents exemples qui ont été mis en relief par MM. Briquet (1) et Brachet (2).

La douleur bien connue sous le nom de crampe est une sensation moins simple que la myalgie ordinaire, il s'y mêle en effet des éléments de connaissance plus précise; ainsi la forme du muscle contracturé, son degré de tension en dérivent naturellement. Cela confirme ce que nous avons maintes fois repété, que les sensations générales n'excitent par elles-mêmes que très-peu l'activité psychique, mais que celle-ci en revanche, s'éveille et s'exalte même à l'occasion des troubles de ces sortes de sensations (3).

Les crampes aux mollets s'observent chez les femmes mélancoliques principalement pendant la grossesse ou lorsqu'il y a un développement anormal d'un organe abdominal, ce qui s'explique par la compression des vaisseaux du bassin.

Les muscles de la nuque sont parfois le siége de crampes de courte durée et que les malades interprètent comme des coups qui leur ont été portés. J'ai eu l'occasion d'observer ce fait chez un jeune délirant par persécution, qui dans ses promenades solitaires, s'arrêtait parfois brusquement et se retournait vivement comme pour chercher une personne qui eût été proche. On fit peu d'attention à ce fait qui paraissait s'expliquer tout naturellement par les hallucinations de l'ouïe; cependant dans la suite, j'acquis la certitude que ces derniers troubles y étaient étrangers. Le malade me raconta, en effet, qu'il recevait des coups à la nuque, aux mollets, dans les reins, qui lui étaient donnés par les êtres invisibles qui s'acharnaient à sa poursuite.

D'autres fois ces contractions spasmodiques se répandent

(1) Briquet, *Traité de l'hystérie*.

(2) Brachet, *De l'hypochondrie*.

(3) Ce sont des sensations anormales de ce genre qui font croire aux malades qu'ils ont des animaux rampant ou courant sous leur peau.

©BIUM

dans tout le corps, et sautent d'un muscle à l'autre sans cependant arriver à tétaniser le muscle comme dans la crampe ordinaire ; les hypochondriaques et surtout les délirants par persécution les attribuent à des courants électriques qui leur travaillent les membres, selon l'expression employée par l'un d'eux. Un malade, Emile G..., atteint d'un délire systématisé, avec idées de grandeur et de persécution, était affecté d'un tic douloureux à la face et de douleurs névralgiques dans les nerfs de la 5e paire, et il les attribuait à des décharges électriques que ses ennemis lui envoyaient à distance.

Les oscillations musculaires, qui sont en définitive des degrés inférieurs de la crampe, sont très-communes chez les hypochondriaques (1) et chez les hystériques (malades qui ont du reste entre eux de nombreuses analogies).

Nous ne parlons pas de ces troubles qui arrivent à la suite d'une altération organique, soit du muscle lui-même, soit des centres nerveux, mais bien de ceux qui surviennent idiopathiquement dans les fibres nerveuses, quand la respiration musculaire est affaiblie, ou sous l'influence des changements brusques de l'état électrique de l'atmosphère (2).

Il en est de même des tressaillements douloureux ou non, particuliers, à l'état normal, au tempérament nerveux et pathologiquement, aux diathèses hypochondriaques et hystériques, qui peuvent aller depuis les oscillations jusqu'aux soubresauts (3) et se confondre avec les symptômes précédem-

(1) Voir Legrand du Saulle, *loco citato*, p. 188, 244.

(2) Frieberg, *Pathologie and Thrapie der Muskellach-Mung.*

(3) Quand le tressaillement musculaire est limité à un faisceau musculaire, ou à quelques fibres seulement, il produit ces sensations de reptation si communes aux affections hypochondriaques. Il est à remarquer que ces sensations n'ont ordinairement une portée aux yeux du malade, que lorsqu'elles se localisent entre peau et chair, et qu'il s'y mêle par consé-

©BIUM

ment énumérés, quand ils siégent dans des muscles isolés ou même dans les masses musculaires d'un membre ; mais il y a en outre un tressaillement général envahissant tout le corps, qui procède également du tempérament nerveux mais se remarque principalement chez les hypochondriaques, mélancoliques, persécutés, par la raison bien simple que ces personnes sont plus accessibles à la crainte, au découragement, à la joie, aux espérances, en un mot, offrent une mobilité caractéristique dans la sensibilité morale, et que ces changements ont comme signe physique, le tressaillement. Ce n'est pour ainsi dire que la reproduction plus rapide et fréquente de ce qui se passe à l'état normal chez les personnes nerveuses et à imagination exaltée ; l'effet est le même, la cause seule étant amoindrie doit se rencontrer plus fréquemment.

Mais chez les malades qui nous occupent, ce tressaillement normal sort facilement de ses limites pour devenir tremblement et frisson, et cela principalement chez les hommes hypochondriaques et les femmes hystériques (1).

Nous devrions peut-être parler ici des troubles musculaires propres à cette variété de délire mélancolique si bien décrite par Morel sous le nom de *délire des gémisseurs*, mais ce qui nous engage à les passer sous silence c'est qu'ils constituent en somme un trouble purement *moteur*, sans autre sensation que la sensation normale d'activité musculaire dépendant du mouvement exécuté, tandis que dans les symptômes mentionnés jusqu'ici, les troubles portaient principalement sur les sensations accompagnant, sinon précédant, les manifestations motrices. Aussi les considérons-nous comme rentrant dans la catégorie des troubles de la

---

quent une sensation de contact recueillie par les papilles nerveuses de la face interne du derme ; voir L. du Saulle, *loco citato*.

(1) Brachet, *loc. cit.*, pages 8, 95, et 150.

©BIUM

sensibilité musculaire; et il en sera de même des altérations qui se produisent dans le *sentiment de stabilité* (1) parce que, si le mécanisme qui préside à l'équilibre du corps exige avant tout l'existence de fibres motrices, et de points de résistance dont l'action se combine, il suppose en outre l'existence de fibres sensibles qui de tous les points de ces appareils se rendent au centre anesthésique, où se règlent instinctivement les rapports entre les sensations et les mouvements, et où le mouvement nerveux ascensionnel se répercute, se réfléchit dans les fibres motrices. La cénesthésie, le sentiment cénesthésique est déterminé en grande partie par les sensations musculaires, par l'état des fibres musculaires répandues non-seulement dans les masses charnues, mais aussi dans tous les organes du corps; c'est en somme le résultat des modifications physico-chimiques ayant ces parties pour siége, qui donne à l'ensemble de l'organisme ce degré de vitalité qui influence en bien ou en mal l'état moral de l'individu et qui pèse d'un poids si lourd dans la balance des actes et des pensées (2).

---

(1) Brachet cite une observation de ce genre, p. 50.

(2) Après avoir parlé des douleurs musculaires en général, nous croyons inutile de rappeler les différentes parties où elles se localisent; car chacun sait combien la rachialgie, par exemple, est fréquente chez les hypochondriaques et certaines hystériques, et dans le début des affections mélancoliques qui surviennent chez des sujets épuisés par des efforts, des fatigues de corps ou d'esprit; chaque fois, enfin qu'une certaine susceptibilité nerveuse coïncide avec un affaiblissement des forces physiques. Mais après avoir mentionné cet accident, nous ne pourrions en rien dire de plus qui ne fût la répétition des considérations précédentes. Il en est de même des douleurs vagues qui se produisent dans les membres à la suite des mouvements émotifs ou passionnels, et qui s'observent également dans les affections hypochondriaques. Citons encore les douleurs articulaires comme se rattachant aux organes du mouvement, et parmi ces douleurs, la coxalgie qui s'observe chez les femmes mélancoliques, ainsi que la gonalgie.

©BIUM

IV. *Du vertige.*

La perte du sentiment d'équilibre, qu'elle provienne du mouvement du corps lui-même, ou de celui des objets extérieurs est, dans ses divers degrés, une altération de la sensibilité musculaire, et se désigne sous le nom de vertige. Déterminé physiologiquement par la chute d'un lieu élevé, par l'entraînement rapide du corps dans un sens déterminé ou par la rotation, il apparaît encore comme effet subjectif, et crée cette impression pénible ressentie par certains mélancoliques et hypochondriaques et que la nosologie mentale classe sous le nom d'agoraphobie, quoique l'étymologie de cette désignation ne réponde qu'imparfaitement à la chose qu'elle prétend définir. D'autant plus que l'esprit ne saisit pas parfaitement la part qui revient dans cet état pathologique aux sensations visuelles et tactiles, et celle qui résulte de l'altération de la sensibilité musculaire (1). Pour s'en faire une idée plus exacte, il suffit de se remémorer la sensation que chacun a ressentie au début du sommeil, dans cet état intermédiaire si bien décrit par Moreau de Tours, véritable vertige qui n'emprunte rien aux sens de la vue et du toucher, ni aux mouvements des objets extérieurs, si ce n'est peut-être sous forme de souvenir. Mais nous l'avons dit maintes fois, si théoriquement il est permis de scinder les divers états de l'âme et leurs rapports avec les impressions physiques qui les occasionnent, la nature des faits, leur filiation, leur cohésion réelle s'opposent à poursuivre cette analyse dans la réalité. Aussi ne suivrons-nous pas les auteurs dans les différentes spécifica-

(1) Brachet, p. 50, relate le cas d'un hypochondriaque qui ne pouvait se soulever de son lit sans éprouver une sensation de chute imminente. Cette situation engendra un véritable état mélancolique, sans idées délirantes, mais qui ne céda qu'après un long traitement.

©BIUM

tions qu'ils se sont crus autorisés à faire dans l'étude du vertige, d'autant plus que l'intervention des sens spéciaux, de la vue surtout, nous empêcherait de discerner ce qui les rattache à la sensibilité musculaire.

Les sujets à tempérament nerveux ou débilités, chez qui se développent d'ordinaire les préoccupations hypochondriaques, dégénérant en délire mélancolique, ressentent, même à l'état normal, sous l'empire des émotions morales, ce sentiment de perte d'équilibre qui est parfois poussé jusqu'à la syncope ; et comme ces accidents se reproduisent particulièrement dans la station verticale, les malades qui en souffrent, s'accroupissent dans un coin, s'étançonnent, s'il est permis de s'exprimer ainsi, ou affectionnent le séjour au lit. Quiconque a pratiqué dans un asile d'aliénés a pu être témoin de ces faits dont la fréquence est telle qu'il y aurait scrupule à en relater des exemples.

Il faut cependant noter que le vertige ne participe pas exclusivement de la sensibilité musculaire, même abstraction faite des sensations spéciales ; il s'accompagne fréquemment de troubles gastriques, de nausées et de troubles circulatoires, et nous ne nous croyons pas autorisé par les données de notre propre expérience, ni par les relations des auteurs, à affirmer que ces états dépendent de l'état des fibres musculaires formant la trame des organes digestifs ou circulatoires, bien qu'il n'y eût rien d'irrationnel à adopter cette manière de voir. Seulement, nous tenons à éviter un reproche, celui de vouloir, à l'aide de spéculations plus ou moins ingénieuses, trancher des questions dont la solution demande plus de temps et plus de réflexion, et a été vainement tentée par de plus compétents, tels que Purkinge, Henle, Hasse. Quant à la cause déterminante du vertige, il n'y a pas de doute que ce ne soit une altération de la circulation cérébrale, s'irradiant dans les centres vasomoteurs échelonnés dans la moelle, et se réfléchissant sur les fibres musculaires. Mais encore une fois, avouons que

©BIUM

nous ignorons si les phénomènes anormaux dont ces organes sont le siége dans les états anémiques (où le vertige est si fréquent) n'en sont pas la cause première. L'enchaînement et la solidarité fonctionnelle de tous les agents dont l'activité respective concourt à déterminer la vie, ne permet pas de se lancer plus avant dans la voie des hypothèses.

Il faut ranger parmi les variétés de vertige les sensations particulières à certaines malades hystéro-mélancoliques qui se croient soulevées et entraînées (1), état qu'il ne faut pas confondre avec la propulsion et la saltation, dans lesquelles il y a un mouvement réel de translation du corps; nous voulons parler de ce sentiment subjectif qui naît dans l'état de repos complet, et surtout dans le décubitus dorsal. Nous possédons deux observations de ce genre de trouble; malheureusement le sujet de la première était atteint d'accès hystéro-épileptiques, ce qui ne permet pas des conclusions bien formelles. Il s'agit d'une jeune fille de 12 à 13 ans, de constitution assez forte, fille d'une mère névropathique et d'un père ivrogne, qui fut amenée à notre asile à la suite d'accès convulsifs répétés, ayant occasionné un délire calme, où les idées tristes prédominaient, et qui pendant le jour, surtout au lit, où elle dut séjourner pour une affection incidente légère, se sentait soulevée et entraînée; son imagination maladive eut bientôt donné un corps à ces illusions, et tantôt c'était la vierge, tantôt le démon qui étaient en cause, ce qui faisait passer la jeune malade par des alternatives de béatitude et de chagrin.

La seconde malade est une jeune américaine, Delphine

(1) Peut-être vaudrait-il mieux les comprendre dans les symptômes cataleptiques, puisqu'ils sont en réalité voisins des états de ravissement et d'extase; mais ce qui nous a paru militer en faveur du contraire, c'est que chez les malades qui font l'objet de ces deux observations, il n'y avait aucune trace d'insensibilité ni d'immobilité cataleptique.

©BIUM

B..., revenue en France après une traversée pénible de six mois sur un navire voilier, pendant laquelle elle eut à souffrir non-seulement des intempéries, mais encore fut en butte à de grossiers manques d'égards des gens de l'équipage, et qui, arrivée à Marseille, où elle croyait trouver une parente qui lui eût donné asile et protection, se trouva, par la mort inopinée de celle-ci, jetée dans un isolement qui acheva de troubler une raison déjà chancelante. Après avoir traversé la France sans s'y arrêter, elle parvint pendant la nuit à Mons... La police la recueillit vers le matin, au moment où elle adressait des stances au soleil qui se levait. Conduite à notre asile, elle y révéla un délire mélancolique assez systématisé, et offrant cette particularité que, vers le soir, en se mettant au lit, et avant que toute apparence de sommeil ne survînt, la malade chantait un air plus ou moins cadencé, une berceuse, en prétendant se trouver à bord du vaisseau qui l'avait amenée et en sentir les balancements. Depuis six mois que cette malade est en traitement, la chanson a cessé, mais les sensations vertigineuses subsistent toujours.

V. *Symptômes cataleptiques*

Il semblera peut-être étonnant que nous parlions des états cataleptiques comme dépendant de la sensibilité musculaire, quand ils passent généralement comme de purs troubles moteurs; deux raisons nous déterminent à agir ainsi ; la première est que non-seulement l'état cataleptique se produit comme trouble de la motilité, c'est le côté objectif, appréciable par l'observateur ; mais il en a un second tout subjectif, bien réel même, si l'on se rappelle que l'activité intellectuelle est ordinairement intacte, et que les malades en proie à une anxiété bien compréhensible sont dans l'impuissance souvent complète d'en manifester l'expression.

La seconde raison, c'est qu'il n'est nullement démontré

©BIUM

que les crises cataleptiques atteignent d'abord ce maximum auquel nous les apprécions ; tout fait supposer au contraire qu'elles sont précédées d'une altération de la sensibilité. N'est-ce pas en effet dans les affections morales (cénesthésiques, dirions-nous volontiers) développées par une éducation où tout a tendu à l'exaltation de la sensibilité, contrainte morale, terreurs religieuses, vie contemplative, ascétisme inconsidéré, que se montrent les cas les plus fréquents de catalepsie.

Les recherches de Bourdin, dans son traité de la catalepsie démontrent en outre, que les passions tristes, l'amour contrarié, les excès de veille, l'onanisme, c'est-à-dire toutes les causes de mélancolie et d'hypochondrie, sont également causes prédisposantes ou efficientes de catalepsie (1). Du reste les grandes douleurs, qu'elles aient pour cause les réalités de la vie, ou les illusions du délire, ont une sobriété d'expression extérieure qui en double l'acuïté. Nous nous souviendrons toujours de l'impression de sympathie douloureuse que nous causait la vue d'une jeune fille, en proie à une immobilité presque complète, revenant périodiquement et durant environ deux ou trois jours, et même davantage, pendant lesquels aucune nourriture n'était absorbée, et dont les pleurs silencieux trahissaient l'anxiété morale. Revenue à elle, la malade faisait le récit imagé de ses douleurs contenues.

(1) M. Lasègue rattache exclusivement la catalepsie à l'hystérie ; cependant à moins d'admettre que cette dernière affection n'est pas exclusive aux femmes, il faut reconnaître que certains hommes hypochondriaques offrent des symptômes cataleptiques très-marqués. A la vérité l'état hypochondriaque chez les hommes et l'état hystérique des femmes, ont de telles analogies, qu'il suffit de lire les traités spéciaux qui ont été écrits sur ces états pathologiques, pour se convaincre que la confusion est non-seulement possible, mais parfois acceptable.

©BIUM

Il est juste de reconnaître que dans le cas précédent il n'y avait pas catalepsie réelle, mais plutôt extase, sans toutefois ce ravissement, cette céleste folie, dont sainte Thérèse nous a laissé une si frappante description.

Ce n'était pas la stupeur non plus, mais un mélange auquel nous ne saurions donner un nom bien correct; toutefois ce qui nous engage à ranger cet état parmi les troubles de la sensibilité musculaire, c'est que bien qu'il n'y eut pas anesthésie cutanée, la malade ne sentait jamais que le contact, quelle que fut la pression exercée, et que de plus elle sentait s'affaiblir graduellement la chaleur interne.

Quoi qu'il en soit, que les troubles cataleptiques ou cataleptiformes ressortent exclusivement des fonctions motrices ou participent des troubles de la sensibilité, il est constant que les mélancoliques, surtout ceux atteints de mélancolie passive, sont fréquemment saisis d'immobilité passagère ou constante, ainsi qu'il résulte des observations citées par MM. Lasègue (1) et Dagonet. Ajoutons encore que pour les partisans de l'existence chez l'homme des centres kinésodiques de Setschenow, tels que Frèse (2), dont la pensée a été reproduite par Erlenmeyer, la mélancolie et la catalepsie auraient la même raison d'être; mais nous nous sommes montré jusqu'ici trop peu disposé à accueillir toutes ces localisations nées des besoins dans l'interprétation des phénomènes dont l'organisme est le théâtre, pour recourir à de semblables arguments. Nous préférons laisser notre pensée et nos explications un peu indécises, que d'en essayer la justification aux prix d'hypothèses par trop hasardées.

Nous terminons ici l'étude des troubles de la sensibilité musculaire, bien que nous n'ayons pas mentionné tous ceux qui siégent dans les fibres musculaires de différents organes, mais afin de ne pas trop généraliser, nous les ferons

(1) *Archives générales de médecine*, 1865, tome VI.

(2) *Annales médico-psychologiques*, 1873, tome I, p. 321.

©BIUM

rentrer dans ceux qui affectent les appareils qu'ils concourent à former.

B. *Des troubles de la sensibilité générale localisés dans les organes de l'appareil nutritif.*

I. *Symptômes buccaux, pharyngiens, etc.*

L'affaiblissement de la sensibilité buccale s'observe chez les mélancoliques avec stupeur, et contribue à déterminer l'indifférence pour les aliments ; elle s'accompagne naturellement d'obtusion du sens gustatif. Quand il y a anesthésie, celle-ci s'étend aux muscles pharyngiens et favorise encore plus les tendances sitophobes des malades, comme nous aurons plus loin l'occasion d'en fournir un exemple à propos de l'anesthésie pharyngienne.

Signalons encore, comme particulière aux affections mélancoliques, quoique rarement observée, la stomalgie soit isolée, soit liée aux tics douloureux de la face, et dont une de nos malades, Emilie G..., présentait le symptôme, uni à une sputation très-abondante.

Ces anomalies servaient, chez elle, de base à un délire de persécutions des mieux caractérisés.

Quant aux névralgies dentaires, elles sont si fréquentes chez les personnes nerveuses qu'il est tout naturel de les rencontrer à chaque instant parmi les troubles sensibles propres aux affections mélancoliques. On peut même affirmer que les névralgies en général les compliquent tous plus ou moins.

Les dysphagies (1), si habituelles aux malades qui nous occupent spécialement dans cette étude, reconnaissent prin-

(1) Brachet, p. 76, en cite un exemple assez remarquable ; chez la malade en question, la déglutition était pour ainsi dire devenue impossible ; une forte émotion morale fut l'origine de la guérison.

©BIUM

cipalement pour cause déterminante, avec les troubles gastriques, la diminution de la sensibilité pharyngienne ou les douleurs qui résident dans cet organe. Cette altération de la sensibilité se propage parfois jusque dans le tiers supérieur de l'œsophage, ainsi que nous avons pu le constater chez la malade qui fait l'objet de l'observation suivante :

La femme Deflandre fut placée à l'asile pour une affection mélancolique, délire bien systématisé, s'affirmant par un refus obstiné de nourriture, sous prétexte que n'ayant plus de gosier ni d'estomac, elle était condamnée à mourir. La malade qui habitait la campagne, n'ayant reçu aucune instruction, chercha naturellement dans une intervention mystérieuse, la cause de ses maux, puisqu'il lui était impossible d'en concevoir la cause réelle. De là des terreurs continuelles, des anxiétés sans fin ni trêve, qui augmentaient à mesure que la nutrition se faisait plus défectueusement.

A son arrivée à l'asile on constata une dilatation considérable de la partie supérieure de l'œsophage, dont on s'explique l'origine par l'aveu que fit le mari de la malade, du singulier moyen employé pour alimenter celle-ci : il lui mettait, sans qu'elle opposât d'abord de résistance, des aliments dans la bouche et avec un bâton les poussait aussi loin qu'il pouvait (sic) et ce jusqu'au moment où la cavité buccale était à peu près comble. Ce système déplorable eut pour résultat de nuire considérablement à l'alimentation forcée méthodique qui fut prescrite ; les aliments s'accumulaient quand on les insinuait, soit par la bouche soit par le nez, et la sonde œsophagienne se recourbait dans la cavité anormale sans pénétrer dans la partie saine de l'œsophage.

Les seules ressources des lavements alimentaires ne purent soutenir longtemps la malade qui succomba un mois environ après son entrée à l'asile. A l'autopsie on trouva les parois de l'œsophage, à l'endroit où il était distendu, par-

©BIUM

semées de plaques gangréneuses. Mais ce qui avait été constaté pendant la vie était plus intéressant à nos yeux, et consistait dans une anesthésie et une analgésie presque complète de la muqueuse de la langue, du voile du palais, du pharynx et de l'œsophage ; les sensations de chaleur quoique affaiblies, semblaient mieux perçues.

Nous avons déjà insisté sur la difficulté de différencier les symptômes propres à l'hystérie de ceux relevant de l'hypochondrie, chez les malades du sexe féminin ; aussi passerions-nous sous silence le sentiment de strangulation, de constrictions à la gorge, désigné sous le nom de boule hystérique par le vulgaire, et classé en pathologige sous le nom de pharyngisme, s'il n'était démontré que les hommes eux-mêmes en peuvent être atteints.

Cette sensation n'est en définitive qu'un spasme des fibres musculaires du pharynx, et pour l'expliquer chez l'homme, il n'est nullement nécessaire de recourir à une assimilation avec l'affection hystérique, doctrine que pour notre compte nous répudions complétement. Ce symptôme est plutôt propre aux états hypochondriaques, qu'aux autres affections mélancoliques, abstraction faite, bien entendu, de l'hystérie où il est pathognomonique.

Est-il utile de faire ressentir la portée que peut avoir cet incident sur le cours des délires ? On conçoit sans peine tout le parti que peut en tirer un cerveau malade ; tel croit que le diable veut l'étrangler, tel autre qu'il a été pendu, etc. Nous connaissons un malade atteint de délire hypochondriaque que les spasmes pharyngiens ont conduit au suicide. Cet homme imbu d'idées religieuses attribuait ses maux à une faute légère commise dans sa jeunesse, et dont il subissait tardivement la peine ; tout alla relativement bien jusqu'au moment où les spasmes pharyngiens survenant pendant la déglutition du bol alimentaire, provoquèrent des accès de suffocation et d'anxiété extrême. Dès lors le délire s'accrut en se systématisant, et

©BIUM

le malade alla au-devant d'une mort à laquelle il se croyait au reste prématurément voué par la colère céleste. Chose remarquable, dans les derniers temps ses idées mystiques faisaient parfois place au découragement, aux doutes, aux dénégations les plus complètes et parfois même aux imprécations.

Cela eût dû peut-être éveiller l'attention de la famille et des médecins qui le soignaient ; mais pour notre part, nous avouons n'avoir su prévoir la possibilité d'un acte dont le malade parlait souvent avec une répugnance sévère. C'est dans un moment de désespoir que le fait a dû se produire, avec d'autant plus de spontanéité que rien ne le faisait présager.

II. *Symptômes abdominaux.*

Il ne s'agit ici que des sensations générales simples, développées principalement par le déplacement des organes splanchniques plus ou moins mobiles, tels que l'estomac, les intestins, le foie ; car chez ceux, comme les reins par exemple, qui restent fixes, et ont une régularité fonctionnelle remarquable, il est naturel de ne point constater de sensations.

Les sensations abdominales sont familières à chacun et il est inutile de les décrire ; mais si l'on peut en finir aussi rapidement avec les manifestations normales de la sensibilité abdominale, il faudrait s'arrêter indéfiniment pour narrer les anomalies douloureuses et les illusions dont elle peut être le siége, dans les affections mélancoliques ; les hypochondriaques surtout, réussissent à les dépeindre avec une variété de termes que nous renonçons à reproduire.

Les douleurs épigastriques et cœliaques appartiennent à ces névroses au même titre que toutes les algies et névralgies, seulement elles sont beaucoup plus fréquentes, ce dont on peut s'assurer en parcourant les monographies de MM. Brachet et Michéa.

©BIUM

Ces troubles partagent avec la gastrodynie et les crampes d'estomac, le monopole de compliquer presque toutes les affections où prédominent l'anémie et la chlorose. Les affections morales, les excès de veille, un régime alimentaire insuffisant, les pertes séminales trop réitérées, entretiennent ces sortes de douleurs auxquelles on peut encore joindre les névralgies intestinales, les coliques spasmodiques, tous symptômes qui ont leur cause dans un trouble de l'innervation du système du grand sympathique.

Quant aux illusions qui naissent à l'occasion des sensations internes abdominales et provoquent les interprétations les plus bizarres, il faudrait des volumes pour les énumérer, car chaque malade sait les présenter sous un aspect et avec une terminologie toujours nouveaux. Elles rentrent dans la catégorie décrite par M. Morel (1), sous le titre de : hallucinations provenant des névroses du système ganglionnaire, et ayant leur point de départ dans la perversion des fonctions des organes de la vie de nutrition. Toutefois il y a lieu de faire observer que les interprétations erronées des délirants hypochondriaques, surviennent très-souvent à l'occasion de lésions matérielles des organes splanchniques, et qu'en conséquence, elles ne peuvent être rangées parmi les hallucinations, pas plus que leurs causes ne peuvent l'être parmi les névroses : ainsi l'aliénée qui pendant sa vie, avait prétendu sentir les mouvements d'un animal dans l'estomac et dont l'autopsie révéla un cancer de cet organe, ou cette autre dont parle Marcé, qui prenait pour un serpent l'enfant qu'elle portait dans son sein (2).

Ce fait nous remet en mémoire une idée délirante analogue, émise par une malade de notre asile, qui y ajoutait ce

(1) *Traité de médecine mentale*, p. 368.
(2) *Traité pratique des maladies mentales*, p. 273.

©BIUM

détail, que le serpent qu'elle avait dans le ventre avait 26 mètres de longueur; elle en décrivait les spirales, qui se rapprochaient de loin du tracé des circonvolutions intestinales.

On voit combien l'élément psychique se mêle aux sensations anormales, alors qu'il était resté presque complétement étranger aux évolutions physiologiques.

Est-il utile de multiplier les exemples de ces sortes d'aberrations que relatent tous les ouvrages sur les maladies mentales? nous y sommes d'autant moins disposé que nous aurons précisément mission de démontrer plus tard que ces symptômes, bien qu'ils entrent à titre d'élément dans le délire, et l'alimentent, n'en sont pourtant pas la cause déterminante et résument seulement les prétextes donnés à l'imagination maladive de s'exercer.

L'importance des affections hépatiques dans la production des délires mélancoliques a diminué tellement, qu'on en est arrivé à mettre en doute la possibilité d'une excitation douloureuse de la sensibilité du foie, en l'absence d'un calcul cheminant dans les voies biliaires.

Certains praticiens au contraire, tiennent un langage tout à fait différent, et parmi eux nous citerons M. Beau (1) et Fauconneau-Dufresne (2), dont nous rappellerons les paroles en avouant n'avoir pas été à même d'en contrôler l'exactitude : « L'extension que prennent les douleurs dans certaines maladies du foie, vient démontrer jusqu'à quel point les nerfs de cet organe sont susceptibles de transmettre au loin le principe névralgique..... Blanchi rapporte qu'une femme d'un tempérament bilieux, qui était sujette à des douleurs spasmodiques de la région du foie, éprouvait une exaspération de ces douleurs par une pression légère de la main sur ce viscère, et en même temps des douleurs

(1) *Archives générales de médecine.*
(2) *Union médicale*, 3 mai 1851.

©BIUM

sympathiques très-vives, *avec un trouble dans les idées*, phénomènes qui disparaissaient à l'instant que la pression n'avait plus lieu... L'opinion des anciens, ajoute encore ce praticien, qui rapportaient au foie plusieurs formes d'aliénation mentale, n'est sans doute pas dépourvue de fondement, car il est certain (?) qu'on a vu cette maladie alterner avec des affections hépatiques. »

Nous regrettons que l'auteur que nous venons de citer n'ait pas cru devoir, à l'appui de cette dernière opinion, reproduire les observations qui l'autorisaient à l'émettre ; nous avons vainement cherché ces preuves, mais nous admettons volontiers que les douleurs peuvent naître dans n'importe quel organe pourvu de nerfs, et ils le sont tous, et que ces douleurs ou les sensations pénibles soient l'objet d'une interprétation bizarre ; mais nous ne pouvons aller jusqu'à les croire capables de déterminer à elles seules la folie. Cette terrible affection ne s'étaie pas sur un symptôme isolé; mais tous ceux qui sont mentionnés contribuent à former le délire. Ainsi les douleurs, les fourmillements, les sensations de chaleur qui siégent aux abords de l'anus(1) et qui sont fréquentes chez nos malades, entretiennent aussi, si elles ne déterminent, leurs tendances à la morosité, et les tiennent immobiles, tapis dans un coin et se refusant à la satisfaction de certains besoins; mais il faut remarquer que l'absence de défécation est souvent produite par une anesthésie de la muqueuse, ou des fibres musculaires. Brachet cite le cas d'une dame chez qui les mouvements réflexe d'expulsion ne se produisaient plus, les fèces s'accumulaient dans l'ampoule rectale, et la malade avait pris l'habitude d'aller les y chercher avec ses doigts; elle avait inventé un mot nouveau pour cette singulière opération (2).

(1) Legrand du Saulle, pages 75 et 259, de son *Traité du délire des persécutions*.

(2) Nous aurons l'occasion plus loin de préciser les motifs du langage particulier et original des hypochondriaques.

©BIUM

Chez une malade de notre asile les chatouillements et les démangeaisons anales amenaient parfois une excitation où cette malheureuse perdait tout sentiment de pudeur ; puis, quand la réaction survenait, allant parfois jusqu'à la stupeur légère, elle gémissait et se lamentait de cette persécution attribuée aux esprits malfaisants.

C. Troubles simples localisés dans les organes respiratoires et circulatoires.

Les sensations provoquées par les mouvements des organes de la respiration sont ordinairement faibles; parce que les variations qui se produisent dans leur rhythme, se font graduellement, et, qu'il n'y a jamais de ces revirements brusques, de ces interruptions qui seuls renforcent les sensations. Ces raisons expliquent aussi le peu de valeur des troubles qui y surviennent. Quant aux altérations sensibles provoquées par des troubles dans la fonction respiratoire, elles seront l'objet d'un examen spécial quand nous traiterons des sensations médullaires.

Pour le moment nous ne pourrions que reproduire, à l'occasion de la sensibilité des organes qui sont en jeu dans l'acte respiratoire, y compris les muscles du thorax, ce qui a été dit pour les névralgies des autres organes. Nous citerons cependant la névralgie diaphragmatique, qui devient souvent le point de départ de sensations étranges, affectant fortement le moral des malades, et que Spring considère comme une des sources principales où s'abreuve l'imagination des hypochondriaques. Cependant nous n'avons pu trouver d'observation catégorique de cette variété morbide; et chez ceux de nos malades qui présentaient des symptômes ayant quelque analogie avec ceux décrits dans la phrénonydie, il y avait en outre des douleurs sterno-thoraciques qui obscurcissaient le diagnostic différentiel. D'ailleurs nous le répétons, les symptômes pris isolément n'ont qu'une très-

©BIUM

minime influence sur la marche des délires, et la précision n'est en conséquence ni théoriquement, ni pratiquement d'une utilité rigoureuse. D'un autre côté il peut y avoir simple coïncidence; ainsi l'angine de poitrine, qui s'est montrée parfois dans les affections mélancoliques, servira très-probablement de texte à des interprétations délirantes; mais oserait-on pour cela ranger cette affection si rare, parmi les causes de mélancolie? Le désir assez puéril d'être absolument complet pourrait seul nous déterminer à insister sur de semblables détails.

Les sensations localisées exceptionnellement ou normalement dans les organes circulatoires, tout en entrant pour une large part dans le contingent des symptômes propres aux variétés mélancoliques, ne mériteront pas une longue description.

Si dans le début, alors que la névropathie lypémaniaque ne se traduit encore que par une tendance à la tristesse, l'accélération des battements du cœur trahit l'hyperesthésie habituelle au tempérament nerveux, quelquefois aussi dans le cours de la maladie, il se produit un tel ralentissement que les pulsations cardiaques ou artérielles ne sont plus senties, ce qui pousse les malades à nier l'existence de ces organes; ce qui est néanmoins beaucoup plus commun, c'est la production de palpitations artérielles dans des parties du corps qui en étaient ordinairement indemnes; ainsi, par exemple, dans le tronc coeliaque (1), dans les artères logées dans la boîte crânienne, dans les vaisseaux abdominaux, dans la profondeur des membres. Des tiraillements douloureux accompagnent parfois ces sortes de troubles.

Nous nous abstenons de reproduire les observations qui mettraient en relief ces symptômes, nous renvoyons aux auteurs qui ont traité *in extenso* les délires mélancoliques,

(1) Marcé, *loco citato*, 273.

©BIUM

et entre autres aux monographies de Legrand du Saulle et Brachet.

D. *Symptômes localisés dans les organes génito-urinaires.*

Les sensations anormales prenant leur origine dans les organes génito-urinaires sont incomparablement plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes; ce qui s'explique non-seulement par les fonctions que la nature leur a dévolues, mais encore par la mobilité beaucoup plus grande de leurs organes. Ainsi, l'utérus à différents degrés de prolapsus, peut occasionner des tendances mélancoliques et être l'occasion de conceptions délirantes. Une femme, dit Marcé, qui ressentait une grande pesanteur et une grande gêne dans les parties génitales, s'imagina qu'elle avait un loup dans le corps; l'examen fit constater un prolapsus utérin, et un pessaire soigneusement appliqué fit disparaître cette illusion, bien que la malade n'ait pas guéri complétement (1). Ce qui prouve encore que le délire ne découle pas d'une source unique.

Les hypochondriaques ressentent souvent des cuissons dans les organes génitaux, ainsi que l'a constaté Brachet. La jeune américaine dont nous avons relaté l'histoire, en offrait un exemple remarquable. Elle prétendait sentir parfaitement l'introduction d'un corps chaud dans le vagin, et cette illusion, moins fréquente actuellement, avait été si multipliée pendant son long voyage en mer, qu'elle engendra un véritable délire des persécutions, dont la malade fit le récit dans une épître adressée à une autorité consulaire et que nous avons entre les mains. Nous regrettons que l'étrangeté du style ne nous permette pas de la transcrire ici.

Un malade, dont parle M. Legrand du Saulle (2), éprou-

(1) Brachet, *loco citato*, p. 43, 83.
(2) *Loco citato*, p. 244.

©BIUM

vait des contacts dans les parties génitales et les attribuait à son frère versé dans l'art de la magie. Une autre (1) dont les organes étaient le siége de mouvements étranges et de secousses, y voyait également la main de ses ennemis imaginaires.

Notons qu'il ne s'agit nullement ici de l'excitation génésique que nous considérons comme un trouble de sensibilité médullaire, comme une anomalie de ce besoin instinctif de volupté dont nous aurons occasion de parler plus loin, mais seulement de sensations simples de contact, de température et de secousses électriques. Aussi nous tenant dans cet ordre d'idées, devons-nous mentionner les spasmes douloureux ou non, qui ont pour siége les organes génito-urinaires, ainsi que leur hyperesthésie ou leur anesthésie, qui lorsqu'elles résident dans la muqueuse vaginale, compliquent si singulièrement les affections hypochondriaques ; mais de tels sujets sont délicats à approfondir, aussi ferons-nous à cet égard appel à l'expérience de nos lecteurs, tous médecins, qui ont sans doute été déjà pris comme confidents des étranges situations faites aux familles par le genre de troubles auxquels nous faisons allusion.

TROISIÈME PARTIE.

Des altérations de la sensibilité médullaire.

Comme il a été dit dans les prémices de ce travail, toutes les sensations ne remontent pas jusqu'au centre supérieur de perception, toutes ne se mêlent pas et ne s'associent pas aux idées ; il en est qui, arrivées aux centres médullaires, s'y groupent, s'y fusionnent en une résultante à laquelle on donne les noms de *besoins*, d'*appétits*, d'*instincts*. En règle

(1) Brachet, *loc. cit.*, p. 252.

©BIUM

générale, dit Bain (1), *les sensations organiques* (c'est ainsi qu'il désigne les sensations auxquelles nous donnons le nom de médullaires) *sont très-puissantes quand elles sont présentes, et la pensée ne peut guère les reproduire quand elles sont absentes.* C'est la meilleure preuve qu'on puisse donner de leur perception dans les centres inférieurs et de leur indépendance vis-à-vis de la sphère psychique, car chacun acceptera que les souvenirs ne s'éveillent que dans le cerveau. Il est vrai que certaines idées connexes des sensations dont nous nous occupons, peuvent jusqu'à un certain point les remémorer, mais il faut de toute façon que l'organisme s'y prête, ne fût-ce qu'à un faible degré : car on essaierait vainement d'exciter les besoins, peu d'instants après leur complète satisfaction.

I. TROUBLES DU BESOIN D'ACTIVITÉ MUSCULAIRE.

Nous avons suffisamment déterminé et précisé notre manière d'envisager le sens musculaire pour qu'il faille ici prévenir que nous n'entendons pas y faire allusion. Les organes du mouvement, comme les autres organes, ne peuvent vivre et se renouveler sans fonctionner, de là un besoin inhérent à chaque appareil organique. Dans les muscles, l'inassouvissement de cette exigence physiologique crée une sensation désagréable qui peut aller jusqu'à la douleur. C'est ce qui se produit quand le repos prolongé, un trouble nutritif, ou une altération dans l'état électro-chimique des muscles, vient perturber ce que, d'après Liebig, on est convenu d'appeler respiration musculaire. On ressent alors un sentiment de gêne, de lourdeur dans les membres, puis une agitation, une inquiétude dans les jambes, selon l'expression vulgaire, qui oblige à des mou-

(1) *Les sens et l'intelligence*, p. 105.

©BIUM

vements et provoque la jactitation sous forme de secousses.

La cause que nous attribuons à ce symptôme, et qui réside dans une altération de l'innervation musculaire, nous engage à expliquer par elle ce besoin d'activité insolite qui se manifeste chez les délirants par persécution : ils ne sont bien nulle part, ils vont, ils viennent, changent de demeure, peut-être moins pour fuir leurs persécuteurs que pour obéir à ces impulsions morbides. Les mouvements instinctifs si dangereux auxquels ils sont sujets, n'ont probablement pas d'autre cause ; c'est une décharge nerveuse qui se concentre dans les organes moteurs et qui explique l'absence de conscience et de souvenir qui sont caractéristiques de ces sortes d'impulsions.

Malgré le besoin de mouvement qui se manifeste chez ces malades, il y a lassitude permanente, ce qui confirme l'explication que nous avons donnée de l'hyperesthésie provoquée par le relâchement des tissus : du reste, il ne faut pas considérer isolément la cause que nous indiquons ici, mais se rappeler quel retentissement elle peut avoir sur les fonctions circulatoires et respiratoires, pour concevoir les effets que nous lui attribuons, et comparer le sentiment de bien-être et de vigueur qui se développe quand les actes musculaires s'accomplissent dans de bonnes conditions. Dans les mélancolies passives, au lieu de cette propension au mouvement, il y a obtusion de ce besoin; c'est qu'alors les modifications nutritives qui se passent dans le tissu musculaire s'accomplissent avec une telle lenteur, par suite de la dépression cérébrale, que le besoin n'arrive pas à se produire. Aussi voit-on dans ces cas le tonus musculaire même faire défaut. Entre les deux états que nous venons de mentionner se placent les perversions du sentiment d'activité musculaire, telles qu'elles se présentent chez les aliénés avec stupeur, qui conservent des positions contraires aux lois de l'équilibre, sans ressentir de fatigue, ainsi que les mouvements perpétuels des aliénés gémisseurs. Notons, en termi-

©BIUM

nant ici ce qui a rapport au besoin d'activité musculaire, qu'il est fondé sur la marche générale de la nutrition du tissu musculaire, tandis que les sensations que nous avons précédemment décrites, étaient sous l'influence du système nerveux, et ne relevaient qu'indirectement de l'état de nutrition des muscles.

II. TROUBLES DES SENSATIONS MÉDULLAIRES PROVENANT DES ORGANES DIGESTIFS.

Nous n'avons pas à définir la faim, d'autant plus que nous pourrions difficilement y parvenir sans faire intervenir les sens spéciaux chimiques du goût et de l'odorat; nous pouvons également omettre de mentionner les sensations douloureuses à l'épigastre, le sentiment de faiblesse générale et d'anxiété qui se produisent quand ce besoin est inassouvi ; ce sont des conséquences normales et non des symptômes morbides. Il en est autrement de la sensation de faim qui est notée par les auteurs comme signe précurseur des affections mentales, et de la boulimie des hypochondriaques, qui procèdent d'une excitation idiopathique des centres nerveux. Toutefois ces symptômes laissent bientôt place à une anorexie plus ou moins prononcée, qu'on observe chez tous les mélancoliques quand le délire se systématise, se condense. Il semble que l'influx nerveux se concentre dans les sphères supérieures, au détriment des organes végétatifs. C'est au reste ce que nous ressentons à l'état normal dans les grandes contentions d'esprit comme dans les fortes perturbations morales.

Les perversions de l'appétit ne sont rares ni chez les mélancoliques, ni chez les hypochondriaques ; les uns mangent de la terre, de l'herbe, voire même des excréments; d'autres, ainsi que le rapporte Georget, sont instinctivement poussés à l'anthropophagie (1). Si nous passons au besoin de boire,

(1) Georget, *Archives de médecine*, tome VIII, juin et juillet 1825.

©BIUM

plus impérieux encore chez l'homme que le besoin d'aliments, nous constaterons que les hypochondriaques sont parfois tourmentés d'une soif intense, due évidemment moins à l'état du sang qu'à celui des nerfs et du centre médullaire. Est-il permis de ranger la dipsomanie parmi les affections mélancoliques? La tristesse, l'anxiété et les douleurs qui en forment les signes précurseurs, nous y autorisent largement.

Quant à l'absence du besoin de boire, elle se présente aussi fréquemment chez les hypochondriaques que la soif exagérée, et cette adipsie est parfois poussée jusqu'à une véritable horreur de l'eau, ainsi que nous l'avons vu chez un jeune aliéné confié à nos soins. La répulsion que les malades montrent pour les aliments, peut, ainsi que nous l'avons fait remarquer, provenir de lésions esthésiques des voies digestives, mais le plus souvent elle prend sa source dans les idées systématiques, des craintes d'empoisonnement, des tendances au suicide. D'autres fois, les caprices seuls poussent les malades au début, puis les dominent au point de finir par faire corps avec le délire. Nous n'essaierons pas d'énumérer les motifs qui déterminent les actes des malheureux hypochondriaques, ni même de rappeler ces actes eux-mêmes; ces récits abondent dans les traités de médecine mentale et même dans toute la littérature médicale.

En terminant les troubles du besoin alimentaire, nous ne pouvons manquer de signaler les sensations de nausées et les douleurs dyspeptiques qui entretiennent et favorisent si bien les idées d'empoisonnement des hypochondriaques et éveillent les idées de persécutions qui n'ont souvent pas d'autre origine. Un honorable négociant, dont nous aurons l'occasion de reparler plus tard, finit par succomber en proie à un délire des persécutions sous l'empire des nausées fréquentes qui l'obsédaient.

©BIUM

III TROUBLES DES SENSATIONS MÉDULLAIRES PROVENANT DES ORGANES RESPIRATOIRES.

Nous n'entreprendrons pas ici la description de l'acte respiratoire; il consiste dans une série de mouvements qui comme tels doivent être écartés, mais ces mouvements sont ou suivis ou précédés de sensations qu'il n'est pas possible de rattacher aux parties musculaires des organes de la respiration, parce que ce ne sont pas des sensations *simples*, mais un sentiment complexe, au contraire, qui procède d'un trouble de la fonction même des organes respiratoires, de leur marche générale et du besoin qui en résulte.

A l'état normal, les mouvements respiratoires habituellement indifférents, acquièrent une accélération qui les rend conscients, chaque fois qu'une excitation du moral vient nous surprendre. Il suffit même pour cela de porter l'attention sur eux, et l'on conçoit facilement que les personnes nerveuses, que les hypochondriaques et les mélancoliques, qui offrent tant de prise aux émotions morales, qui ont une tendance si marquée à l'observation de soi-même, trouvent dans les altérations respiratoires des motifs fréquents d'activer leur délire. Les hypochondriaques chez qui le besoin de respirer est parfois excessif, sans qu'aucune lésion organique justifie cette anomalie, trouvent naturellement la clef de leur anxiété, de leur gêne respiratoire dans l'existence supposée d'altérations organiques (1). D'autres malades, mélancoliques principalement, ressentent un besoin tout opposé; chez eux la respiration est très-lente mais régulière, aussi les sensations naissant des organes respiratoires sont très-rares chez eux, et n'influencent ja-

(1) Certains auteurs admettent même une variété mélancolique basée sur la fréquence de ce symptôme : la mélancolie anxieuse ou *raptus melancholicus*.

©BIUM

mais ou presque jamais le cours des idées. Le contraire a lieu chez les hypochondriaques et les délirants par persécution (qui ne sont au reste que des hypochondriaques dont le délire s'est systématisé dans un certain sens); la respiration est entrecoupée, et ces interruptions jointes aux variations du rythme, fournissent une source abondante de sensations, surtout si le malade concentre sur elles son attention.

Le soupir est à l'état normal un indice de souffrance, un des modes d'expression de la tristesse; aussi est-il fréquent dans les affections mélancoliques.

Seulement nous ferons remarquer que le soupir en lui-même n'est pas une marque de tristesse, et qu'il accompagne tous les états accidentels ou pathologiques caractérisés par un trouble dans la circulation cardio-pulmonaire, retentissant sous forme de dépression sur l'organisme entier. En sorte qu'il serait plus logique de voir dans le soupir la manifestation d'un trouble cénesthésique précurseur de la tristesse.

L'oppression, ou sentiment pénible d'un poids qui chargerait la poitrine, est un symptôme qui s'observe dans tout état de dépression du moral; la tristesse, la crainte, les passions la déterminent à l'état normal; il n'est donc pas étonnant que les malades mélancoliques, de quelque genre que soit leur délire, en soient la proie continuelle. L'oppression est en quelque sorte un degré inférieur de dyspnée, et l'on sait que ce symptôme apparaît sous une influence purement nerveuse, en l'absence de toute altération des voies respiratoires; qu'il est fréquent chez les mélancoliques, surtout chez les hypochondriaques, qui ont un besoin continuel de respirer et qui ne paraissent jamais pouvoir respirer à fond. Toutefois, il y aurait peut-être lieu de remarquer ici que l'état du sang, le trouble de l'hématose rendrait compte également de cet appel immodéré d'air pur.

©BIUM

Parfois cette dyspnée peut aller jusqu'à la suffocation, principalement chez les femmes hystéro-hypochondriaques.

IV TROUBLES DES SENSATIONS MÉDULLAIRES PROVENANT DE LA FONCTION CIRCULATOIRE.

Nous aurons peu de choses à dire sur ce chapitre, parce que les organes circulatoires sont rarement en réalité l'origine de sensations que l'on puisse attribuer à leur fonction. S'il fallait citer tous les cas où la circulation sanguine a participé au développement de troubles esthésiques, il faudrait recommencer l'énumération qui a déjà été faite précédemment, car l'état du tissu nerveux, aussi bien que celui des autres tissus, est subordonné à l'action régulière de cette importante fonction de l'organisme.

V TROUBLES DES SENSATIONS PROVENANT DES FONCTIONS GÉNÉSIQUES.

Amor omnibus idem, s'écrie M. Lelut (1), et ces paroles empruntées à l'immortel auteur des Géorgiques, servent de thèse à une critique mordante et ironique des amours éthérées et platoniques, à laquelle nous ne trouvons absolument rien à redire, dès qu'il ne s'agit que du besoin de rapprochement des sexes, qui tout défiguré, tout poétisé qu'il puisse être, gît au fond de toutes les affections en apparence les plus pures, les plus dégagées de tout lien physique, que ces affections aient un objectif réel ou idéal. Mais tous les sentiments affectifs ne pourraient entrer dans cette catégorie; car bien qu'il faille reconnaître que la sensation érotique envahit tout le système sensible de l'organisme, la réciproque n'est nullement vraie et les sensations, ou plutôt le sentiment qui pénètrent l'homme dans la pitié, la sympathie, la charité, sont bien indemnes de toute émotion voluptueuse. Aussi nous ne voulons point parler ici du trouble

(1) *Physiologie de la pensée*, tome I, page 156.

©BIUM

émotif qui trouvera sa place à l'occasion des troubles cénesthésiques, mais nous borner à mentionner, avec une réserve bien naturelle de détails, les aberrations génésiques propres aux affections mélancoliques. D'ailleurs, elles ne diffèrent guère entre elles, ce sont toujours des sensations voluptueuses qu'il est inutile de décrire et auxquelles le malade attribue des causes en rapport avec son délire. Nous citerons quelques exemples :

X... se croit empoisonné avec le nénuphar qui porte son action nuisible dans la masse cérébrale et les parties génitales ; il est persécuté et hypochondriaque (1).

Mme X..., délirante par persécutions, croit qu'on lui jette des gommes dans ses aliments pour la porter aux désirs vénériens (2).

Un troisième prétend qu'on l'épuise avec des *soutiroirs locomotifs* (3). Une autre attribue à quelque drogue le tourment diabolique d'une surexcitation physique, auquel elle a été en proie, et réclame en vain le mariage comme soulagement à ses maux (4). Enfin Brachet (5) et Michéa, donnent également des observations de ce genre, qui toutes offrent ou l'hyperesthésie ou l'hypesthésie des instincts génésiques.

Il est inutile de prolonger cette nomenclature d'observations stériles, dont on ne pourrait tirer aucun enseignement, ni de soulever le voile de toutes les dépravations des instincts génésiques, qui précèdent, accompagnent ou déterminent les affections hypochondriaques ou mélancoliques.

---

(1) Legrand du Saulle, *Délire des persécutions*, p. 79.
(2) Legrand du Saulle, *Délire des persécutions*, p. 244.
(3) Legrand du Saulle, *Délire des persécutions*, p. 259.
(4) Legrand du Saulle, *Délire des persécutions*, p. 348.
(5) Brachet, *loco citato*, page 259.

©BIUM

CAS RARE
DE
DÉCHIRURE DU RECTUM
CHEZ UNE ALIÉNÉE

Par le Dr J. CHRISTIAN
Médecin adjoint de l'asile de Montdevergues (1).

SOMMAIRE. — Lypémanie religieuse; impulsions homicides et suicides; aiguille trouvée dans le rectum; déchirure spontanée du rectum et hernie de l'intestin grêle à travers l'anus; mort; autopsie

La malade qui fait le sujet de cette observation était à l'asile de Montdevergues depuis 1869. Née en 1838, mariée à un ouvrier mineur de la Grand'Combe, mère de trois enfants, elle avait présenté les premiers symptômes de l'aliénation mentale à l'âge de 25 ans, nous ignorons par suite de quelles causes.

Les accès revenaient à peu près tous les mois, dit le certificat du médecin qui la soigna avant son entrée, et duraient de cinq à six jours. Dans l'intervalle, la malade ne recouvrait pas la plénitude de ses facultés.

Cependant son mari l'avait gardée auprès de lui, lorsqu'en 1868, le 24 novembre, pendant un accès qui avait débuté deux jours auparavant, la malade trancha la tête à coups de hache à son plus jeune enfant qu'elle allaitait.

Arrêtée et mise en prison, la femme P... fut reconnue aliénée et, au mois de janvier 1869, elle fut séquestrée à l'asile.

(1) Service de M. Campagne, médecin en chef.

©BIUM

Elle présentait à cette époque les signes d'une lypémanie religieuse avec tendance au suicide; et depuis lors son délire ne se modifia guère. Petite, maigre, chétive, la femme P... ne parlait jamais et se tenait immobile dans un coin; souvent elle refusait de manger. Elle ne prenait aucun soin de sa personne, et opposait une résistance passive à tout ce qu'on exigeait d'elle. Mais il fallait l'entourer d'une surveillance de tous les instants, à cause de ses tentatives de suicide sans cesse renouvelées.

Un jour elle s'était enfoncé une épingle dans la gorge : il se produisit plusieurs abcès qu'il fallut successivement ouvrir et d'où l'on put enfin retirer le corps étranger.

Le 26 septembre 1874, P..., après avoir soupé avec les autres malades, était allée aux lieux d'aisances. Elle y fit, dit-elle, de vains efforts de défécation, et fut prise de violentes coliques. Cependant elle n'en dit rien, et se coucha à l'heure habituelle : ce ne fut que quelques instants après qu'on l'entendit gémir et se tordre dans son lit; presque aussitôt elle eut de forts vomissements. La religieuse accourut, et en voulant changer la malade, elle s'aperçut à sa grande frayeur, que l'intestin sortait par l'anus.

Il me fut impossible de me rendre immédiatement auprès de la malade. M. Campagne, qui la vit à ce moment, constata que l'intestin grêle était sorti en partie par l'anus, et pendait entre les cuisses sous forme d'un volumineux paquet constitué par plusieurs anses intestinales.

M. Campagne essaya d'introduire le doigt par l'anus et de rechercher l'endroit où s'était faite la rupture : il n'y put parvenir. Il tenta cependant de réduire l'intestin hernié, ce qu'il réussit à faire après de longs efforts; mais l'intestin ressortit presque immédiatement.

La malade était pâle, la face grippée; elle gémissait continuellement et était tourmentée par un hoquet incessant. La peau était froide, le pouls petit, filiforme, le ventre rétracté.

©BIUM

Tous les accidents s'aggravèrent pendant la nuit ; quand je vis la malade le lendemain matin, elle était à l'agonie. La mort survint à midi.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Cadavre amaigri. Le ventre est tuméfié, ballonné.

En incisant la paroi abdominale, on constate que le péritoine est sec, poisseux. L'intestin, dans toute son étendue, a également cette apparence poisseuse et est fortement congestionné. L'épiploon est injecté. On ne trouve dans la cavité abdominale ni liquide, ni matières fécales ou alimentaires.

L'intestin grêle avait fait hernie à travers le rectum par une déchirure qui siége à la paroi antérieure du rectum, un peu au-dessus du cul-de-sac recto-vaginal. Cette déchirure est transversale, à *bords nets*, et a de 4 à 5 centimètres de longueur. Vers la partie centrale de cette déchirure, on aperçoit une petite tache rougeâtre, grande à peu près comme une pièce de vingt centimes, qui n'offre nullement les caractères d'une ecchymose, mais qui présente une rougeur diffuse, d'apparence inflammatoire : à ce niveau le tissu de l'intestin paraît légèrement épaissi et friable.

Vis-à-vis de cette tache, sur la paroi postérieure du rectum, il existe une petite ulcération superficielle.

On peut évaluer de 50 à 60 centimètres la longueur de l'intestin grêle qui pend hors de l'anus : il a une teinte livide, violacée.

Poursuivant mes recherches, je découvris dans le rectum, à 2 centimètres environ au-dessus de l'anus, une aiguille à coudre ordinaire, implantée dans la paroi postérieure du rectum, sur la courbure du sacrum. Cette aiguille est placée horizontalement, la pointe dirigée vers la gauche. Elle est comme enchâssée dans la paroi rectale, et il est évident qu'elle séjourne à cette place depuis un temps assez long ; car elle est noire, rouillée, et enkystée dans une membrane d'enveloppe épaisse et noirâtre elle-même.

©BIUM

Le reste de l'organe ne présente aucune altération appréciable ; le rectum est vide ; on ne trouve que dans le côlon descendant des matières fécales dures, arrondies. L'anus n'offre aucune trace d'excoriation ni de lésion quelconque. Ni dans le rectum, ni dans la cavité du péritoine, il n'existe aucun vestige d'épanchement sanguin, si minime qu'il soit.

Les autres organes n'ont pas été examinés.

Réflexions. Comment se sont enchaînés les phénomènes pathologiques que je viens de retracer ? C'est là ce qu'il est intéressant d'examiner.

Il faut noter en premier lieu que la péritonite était de date toute récente, ce qui prouve qu'elle n'a été que la conséquence de la rupture de l'intestin.

Mais cette rupture elle-même, comment s'est-elle produite ?

L'idée qui vient d'abord à l'esprit, c'est d'attribuer la déchirure à des manœuvres exercées au moyen d'un instrument quelconque introduit par l'anus. La propension au suicide de notre malade, les nombreuses tentatives faites antérieurement, viennent à l'appui de cette hypothèse.

S'il en était ainsi, cette observation n'offrirait rien de particulièrement intéressant, car tous les ouvrages de chirurgie relatent un certain nombre de faits de ce genre.

Mais l'étude attentive de ce qui s'est passé chez la femme P..., ne permet pas de s'arrêter à cette hypothèse.

Quel aurait pu être l'instrument vulnérant? Dans le quartier de sûreté où P... était placée, avec la surveillance toute spéciale dont elle était l'objet, elle aurait pu à la rigueur se procurer un morceau de bois, un tesson de vaisselle, une cuiller, et se l'introduire par l'anus.

Malgré les recherches les plus minutieuses, il n'a été trouvé, ni dans le lit de la malade, ni dans ses effets, ni aux latrines, ni dans la cour, aucun objet qui pût lui avoir servi.

Ceci, je le sais, n'est pas une preuve absolue : de ce qu'il

©BIUM

a été impossible de découvrir aucun instrument vulnérant, il ne s'ensuit pas l'entière certitude que la malade n'en a pas eu à sa disposition ; c'est plutôt en examinant l'état de l'anus et de l'intestin, qu'on voit que cette hypothèse doit être absolument écartée.

Si en effet, P... s'était servie d'un corps étranger, obligée qu'elle eût été de faire des manœuvres en cachette, il est infiniment probable qu'elle ne serait pas arrivée du premier coup à perforer l'intestin : l'anus, le rectum auraient présenté des excoriations nombreuses ; en outre, par suite de la conformation naturelle des parties, l'effet aurait porté principalement sur la paroi postérieure du rectum, et c'est là que nous aurions dû trouver les lésions principales. Enfin, si, par hasard, le corps vulnérant avait agi sur la face antérieure du rectum, il y aurait eu là non une tache inflammatoire comme celle dont j'ai constaté l'existence, et qui devait être plus ou moins ancienne, mais une ecchymose récente, et une déchirure à bords irréguliers, contus.

Il me paraît donc naturel de supposer que la déchirure s'est faite, non du dehors en dedans, mais au contraire du dedans en dehors ; l'intestin grêle pressant sur la paroi antérieure du rectum, et trouvant la résistance diminuée, aurait déterminé, pendant un effort (de défécation, par exemple) la rupture du rectum, et se serait engagé dans l'ouverture ainsi produite, qu'il aurait rapidement élargie. Car la résistance une fois vaincue dans un point, et les efforts de vomissement augmentant la pression, les masses d'intestin grêle étaient successivement poussées au dehors. Ainsi s'expliquerait et la forme de la déchirure, et l'absence d'hémorrhagie : l'intestin grêle comprimant les bords de la plaie, empêchait tout écoulement du sang.

Reste à se demander comment s'est produite la petite inflammation locale de la paroi antérieure du rectum. C'est ici que l'aiguille a dû jouer un rôle : voici celui qui me paraît le plus probable.

©BIUM

Telle que je l'ai trouvée placée au moment de l'autopsie, l'aiguille n'a pu intervenir d'aucune façon dans le drame final. Mais à l'époque où P... se l'est enfoncée dans l'anus, l'aiguille n'a pas pris immédiatement sa place définitive. Pénétrant directement, de bas en haut, l'aiguille a pu d'abord se loger plus ou moins haut dans le rectum, blesser l'organe en avant, et y déterminer un petit foyer d'inflammation circonscrite. Peut-être même est-elle restée placée quelque temps à cette hauteur, la pointe dirigée en avant, l'extrémité mousse appuyée à la paroi postérieure, là où la muqueuse était ulcérée. Plus tard seulement, par suite des mouvements propres de l'intestin, pressée peut-être par les matières fécales, l'aiguille s'est déplacée et est venue se loger dans les parties les plus déclives. Mais le foyer inflammatoire a persisté; il y a eu un point de péritonite extrêmement circonscrit, qui est resté bien localisé, et au niveau duquel l'intestin grêle a contracté des adhérences intimes avec la paroi rectale : les tissus se sont ramollis, ont perdu de leur résistance, et un jour, par suite d'un effort plus prononcé, est arrivé ce que nous avons constaté, la déchirure du rectum, et l'irruption violente de l'intestin grêle au-dehors.

Quoi qu'il en soit de cette explication, je ne soutiendrai pas qu'elle ne soulève aucune objection; mais elle me paraît la plus plausible, la plus logique.

Le fait que je relate est d'ailleurs tellement exceptionnel que je n'en ai trouvé aucun de semblable dans les auteurs. Une seule observation pourrait être rapprochée de la mienne: elle est de B.C. Brodie; Delens la cite dans l'article Rectum du *Dictionn. encyclop. des Sc. méd.*

Il s'agit d'une femme d'âge moyen, qui, dans un violent effort de vomissement, se rompit le rectum. La perforation siégeait à 2 pouces environ au-dessus de l'anus, sur la paroi antérieure: elle était transversale et assez large pour laisser passer deux pieds d'intestin grêle et de mésentère.

©BIUM

A l'autopsie on ne put rien découvrir qui indiquât qu'il existait une ulcération avant l'accident.

Une autre observation, de Herbert Mayo (ibid.), présente quelque analogie avec celle-ci : une dame, dans un violent effort de défécation, éprouva une sensation de déchirure dans le rectum. Le lendemain les matières fécales passaient dans le vagin.

La science a-t-elle enregistré d'autres faits de ce genre? Je l'ignore. Ce qui me paraît certain, c'est que la rupture du rectum *de dedans en dehors* doit être extrêmement rare. C'est cette rareté qui m'a du reste décidé à publier mon observation, car au point de vue du traitement elle ne me paraît d'aucune importance. Comment aurait-on pu intervenir ? Pratiquer la suture du rectum ? Mais outre que cette opération eût été impraticable à la hauteur où siégeait la déchirure, elle n'aurait certainement pas empêché la péritonite foudroyante d'enlever la malade en quelques heures.

©BIUM

OBSERVATION D'ÉROTISME

LÉSION DU CERVELET

Par M. le Dr HOSPITAL
Médecin de l'asile de Clermont-Ferrand.

La femme Ron..., 34 ans, grande, robuste, très-laide, habitait la campagne; devenue veuve et laissée dans la misère, elle ne tarda pas à donner des signes de dérangement intellectuel; un de ses frères, atteint de manie religieuse dépressive, est renfermé. Elle quitte son village et se met à errer au hasard, puis se dirige sur Clermont-Ferrand, dans l'intention d'aller habiter *chez les capucins;* mais elle se trompe de destination, et escalade les murs d'un enclos où elle est prise et conduite en prison. Là, elle renouvelle sa ferme intention de se rendre chez les Pères-capucins, mais en termes des moins équivoques et de nature à ne laisser aucun doute sur le genre d'insanité de son esprit; quant à sa présence dans l'enclos, elle ne se l'expliquait point et ne s'en inquiétait guère. C'est vers la fin de 1869 qu'elle fut transférée dans l'asile. Presque imbécile, elle se rendait à peine compte de l'endroit où elle était; semi agitée, bonne à rien. Elle insistait beaucoup pour sortir, *toujours dans le même but*, et pour en arriver à ses fins, elle minaudait comme une enfant gâtée; mais quand elle voyait ses peines perdues, elle se fâchait et devenait boudeuse. D'autres fois, elle simulait quelque maladie et faisait effort sur elle-même pour se retirer et en arriver à cet exeat, objet de ses vœux. Plus tard, elle insiste moins pour sortir; mais son état mental est cependant aggravé: elle fait, au milieu de la cour, forces grimaces et simagrées enfantines. Deux ans se passent ainsi, puis sur-

©BIUM

vient une période de sédation ; elle ne bouge plus, reste pendant toute la journée accroupie dans un coin de la salle, la tête fortement penchée en avant et retenue entre les mains ; elle reste dans l'immobilité, ne demande plus à sortir, ne répond pas aux questions ; elle marmotte continuellement à voix demi basse, très-rapidement et d'une manière presque incompréhensible ; la face s'œdématie et se cyanose à force de demeurer penchée ; peu à peu l'abrutissement fait des progrès. Vers la fin de 1871, elle refuse de manger, la fièvre s'allume, il y a un peu de dypsnée ; l'auscultation fait découvrir l'existence d'une pleurésie qui ne tarde pas à enlever la malade. Rien de changé dans l'état mental, pas d'attaques.

Autopsie. — Boîte crânienne d'épaisseur moyenne ; duremère intacte ; arachnoïde œdématiée et remplie de gelée séreuse (comme cela a lieu si fréquemment chez les anciens épileptiques) ; cerveau de dimensions ordinaires point de lésions bien distinctes dans cet organe ; cervelet de dimensions normales, mais présentant dans son lobe droit, au centre, un peu en arrière et en bas, un point très-notablement ramolli, gros comme une noisette ; la substance cérébelleuse y est en pulpe et s'enlève facilement avec le bois du scalpel et laisse une cavité.

Réflexions. — La coïncidence d'une altération anatomique dans le cervelet avec la manie érotique dans le sujet de cette observation est intéressante à signaler et mérite d'être prise en considération.



©BIUM

Médecine légale.

AFFAIRE GOULFER

FOLIE SIMULÉE TROIS ANS AVANT LE CRIME. — ASSASSINAT SUIVI DE VOL. — CONDAMNATION A MORT.

Par le Dr LAGARDELLE
Directeur-médecin de l'asile de Moulins.

Je soussigné, docteur en médecine de la faculté de Paris, directeur-médecin de l'asile départemental de l'Allier, commis par une ordonnance de M. le Président des assises de Saône-et-Loire, en date du 3 juillet 1874, à l'effet d'examiner l'état mental du nommé Goulfer (André), inculpé d'assassinat, après avoir prêté serment, pris connaissance des pièces de l'instruction, examiné l'inculpé à diverses reprises, ai rédigé le rapport suivant :

1° FAITS.

Dans la nuit du 17 au 18 décembre 1873, le nommé Pierre Lécuelle, charretier à Palinges, fut assassiné dans une écurie où il couchait habituellement. L'assassin s'était introduit en franchissant l'une des fenêtres de ce bâtiment isolé de l'usine dont il dépend; il avait étranglé ce vieillard pendant son sommeil et il s'était enfui après avoir soustrait, dans les vêtements de sa victime, une bourse et un portefeuille contenant plusieurs centaines de francs.

©BIUM

M. le Dr Morin a constaté de la façon la plus évidente que la victime, dont il a fait l'autopsie, avait été étranglée pendant son sommeil avec une adresse et une précision remarquables.

André Goulfer est accusé de ce double crime.

L'inculpé travaillait depuis trois semaines dans la sucrerie de Palinges à laquelle Pierre Lécuelle était attaché en qualité de charretier. Il avait eu récemment plusieurs rixes avec celui-ci, et à diverses reprises il avait proféré contre lui des menaces de mort.

Il savait d'ailleurs que Lécuelle possédait un pécule d'une certaine importance provenant de ses économies.

Le 15 décembre, Goulfer régla son compte avec son patron; il reçut pour solde une somme de 26 fr. 25 cent.; puis il quitta Palinges le 16, pour se rendre par le chemin de fer à Paray. Le lendemain, 17 décembre, il se trouvait à *Bragny*, village situé entre Paray et Palinges, dans l'auberge notamment du sieur Chazeau; et celui-ci le voyant dénué de ressources et hors d'état de payer sa dépense, le mettait à la porte de son établissement vers neuf heures du soir.

C'est dans cette même nuit que fut commis le double crime dont Lécuelle a été la victime.

Dans la matinée du 18 décembre, on retrouve l'inculpé *au-delà de Palinges, à Ciry-le-Noble.* Il s'y fit servir à boire et à manger dans une auberge, et pour payer sa dépense, il présenta un billet de banque de 50 fr. On remarqua que son portefeuille contenait un certain nombre de billets de banque.

Quelques jours plus tard, traversant le département de l'Allier, à La Palisse et sur la route de Cusset, il montrait son argent et ses billets de banque à divers témoins, et il déclarait même à un de ces témoins *qu'il avait tué un charretier hollandais.*

Il était parvenu à se soustraire aux recherches de la jus-

©BIUM

tice, lorsqu'au mois de mars dernier, il fut arrêté à Alger sous inculpation de vol.

Tel est le résumé rapide des charges accablantes qui pèsent sur Goulfer dont nous n'avons pas à établir la culpabilité.

Ces faits dont nous devons admettre *à priori* la démonstration rigoureuse, incontestable, nous imposent le devoir de rechercher si Goulfer doit être considéré comme responsable du double crime qui lui est imputé.

2° COMMÉMORATIFS.

Nous suivrons rapidement Goulfer dans le récit qu'il a fait lui-même de son existence afin de dégager les premiers éléments de la connaissance de l'homme moral et social.

§ 1er. *Goulfer depuis sa naissance jusqu'à sa première condamnation* (de 1830 à 1852).

Je me nomme, dit-il, André Goulfer, j'ai 44 ans et ne suis point marié. Ma mère est morte à Gannat et j'ignore ce qu'est devenu mon père (le père de Goulfer a quitté le pays, il a subi une condamnation, on le croit retiré à Bessay, canton de Neuilly-le-Réal) (Allier).

J'ai un oncle, Goulfer (André), qui est mon parrain et habite Saulzet.

J'ai deux tantes, l'une, Marie Goulfer, qui a eu un enfant étant fille, a été domestique chez les deux demoiselles Calmin, qui habitaient Saulzet; j'avais à cette époque de 13 à 14 ans. La troisième demoiselle Calmin s'est mariée avec M. de Givelle, à Gannat; il est âgé d'au moins 72 ans.

L'autre tante, veuve de Sibon, dont le père était tailleur, a un fils qui doit être maréchal et peut avoir de 15 à 18 ans.

©BIUM

Mon jeune frère, Charles Goulfer, cultivateur à Chaptuzas, canton d'Aigueperse, est marié et a quatre enfants.

J'ai une sœur plus jeune que mon frère; elle a eu étant fille un garçon, né le même jour que le Prince impérial ; il a été pendant 3 ans à l'école chez les frères de Gannat et ensuite chez M. Legand, instituteur à Gannat ; il a fait sa première communion à Saulzet.

J'ai fait ma première communion à l'âge de 12 à 13 ans, à Saulzet. J'ai subi le sort étant chez Daumy; j'ai porté le n° 44 et on m'a réformé pour une hernie du côté droit.

Goulfer raconte l'histoire de sa jeunesse avec une précision remarquable; il nous donne la preuve d'une excellente mémoire.

§ 2. *Goulfer depuis sa première condamnation, jusqu'à son entrée à la maison centrale de Riom* (de 1852 à 1868).

Ma mère, chez laquelle j'étais revenu, m'avait envoyé faire moudre du blé chez M. Rouge Marmier, au Mazet-d'Ecole ; j'ai trouvé 2 mètres de toile que j'ai apportés chez mon frère Touraud. On m'a condamné à 15 jours de prison, je ne croyais pas que ce fût pour cela ; je pensais que c'était pour avoir frappé mon père qui maltraitait ma mère.

Au moment de ma condamnation, je travaillais au pont du chemin de fer de Saint-Germain qui a été entraîné par la crue de 1856.

Je suis retourné travailler au chemin de fer à Espinasse; là, je suis tombé malade, j'ai eu, je crois, une fluxion de poitrine. M. le Dr Bondon m'a soigné à l'hospice de Gannat, où je suis resté de quinze jours à trois semaines.

Après avoir travaillé quelques années pour M. Trouvet, M. Verger, maître charpentier à Montluçon, me confia un bateau que je faisais marcher pour mon compte. A mon premier voyage, j'ai été condamné à trois mois de prison pour avoir donné un coup de pied à un jeune homme. Je

©BIUM

me suis trouvé en prison avec le marquis de Baucaire.

Je devais sortir le 15 janvier 1864, mais j'ai été envoyé à Nevers, où on m'avait condamné par défaut à un an de prison et 15 fr. d'amende. Arrivé à Nevers, j'ai dû purger ma contumace et j'ai été acquitté ; ce jugement datait de 5 à 6 ans.

De retour à Montluçon, j'ai repris le métier de batelier ; j'étais chargé de conduire un radeau, lorsque je fus arrêté au Montet par le commissaire de police Devaux et enfermé à la chambre de sûreté; après deux jours je me suis évadé et pour ce fait j'ai été condamné, en 1864, à 6 mois de prison que j'ai dû faire à Moulins, un an après le jugement rendu ; mais à cette époque j'ai eu encore une condamnation de 6 mois, ce qui fait que j'ai resté un an en prison.

J'ai été employé dans une propriété appartenant à M. de Saint-Martin, le président; là j'ai été condamné à 6 jours, en mai 1867.

Après avoir travaillé comme haleur chez M. le maire de Decize et puis chez Périaud à la Guerche, je suis revenu à Moulins où j'ai été condamné à quatre mois de prison, d'où je suis sorti en décembre 1867.

Je suis resté six jours en liberté, je n'ai pas été occupé ; j'ai été condamné le 27 janvier 1868 à cinq ans de réclusion pour vol commis à Yseure. On m'a arrêté à St-Pierre-le-Moutiers, conduit à Nevers et jugé à Moulins. Ce n'est pas moi qui ai commis le vol d'Yseure.

§ 3. *Goulfer depuis son entrée à Riom jusqu'à son entrée à l'asile départemental de l'Allier* (du 27 janvier 1868 au 9 février 1873).

Etant dans la maison centrale de Riom, j'ai été occupé en qualité de cordonnier pendant un an. Je me suis battu avec Michard qui a été seul puni de cinq jours de cellule. Je me suis rebattu avec Maubert et Mazerier qui avaient

©BIUM

pris mon couteau ; nous avons été condamnés à trois jours de cellule et au pain sec.

J'ai été déclassé et placé aux chiffons; là M. Sapin, mon maître, m'a fait mettre en cellule plusieurs fois.

Je crois avoir fait vingt jours de cellule pendant les cinq années que j'ai passées à la maison centrale de Riom.

J'ai été plusieurs fois à l'infirmerie, parce que les chiffons que je coupais contenaient beaucoup de poussière et me rendaient malade.

En janvier 1871, je crois que j'ai eu une fièvre cérébrale ou typhoïde. Je ne mangeais rien. Un gardien m'a appelé fou, je lui ai répondu que les fous étaient dans sa bosse (ce gardien était bossu); il m'a fait mettre en cellule. Je suis allé au rapport, M. le Directeur m'a dit que j'étais fou, on m'a envoyé à l'infirmerie; j'ai été vu par M. le médecin Girard auquel le gardien chef disait souvent que j'avais la tête faible. J'étais attaché, j'insultais tout le monde, même M. l'aumônier auquel j'ai fait des excuses. On me mit en cellule et je cassai la cruche et déchirai mes effets. J'ai été replacé aux vieillards ; on m'appelait toujours pavillon ou fou.

Plusieurs fois j'ai été amené devant M. le Directeur pour être puni et chaque fois qu'il me voyait, il disait : oh ! c'est Goulfer, c'est un homme qui est simple, il ne sait pas ce qu'il fait.

Après ma sortie de Riom, je suis arrivé à Saulzet le 2 février ; le 3 j'ai quitté la maison de mon frère et me suis dirigé sur Escurolle. J'avais environ 150 fr. sur moi ; j'ai été arrêté le soir même à Lourdes dans la commune de Vendat. J'étais couché derrière un mur, j'avais déchiré mon passe-port. A cet endroit, il existait un briquetier, j'ai crié : sentinelle, prenez garde à vous! aussitôt une dizaine de personnes sont venues avec le garde champêtre; on m'a attaché et enfermé dans une grange pendant une nuit, puis on m'a reconduit dans une auberge où j'avais déjà bu ; j'é-

©BIUM

tais un peu en gaieté, on m'a fait boire encore du vin blanc dans la nuit. Les gendarmes d'Escurolle sont venus me prendre le lendemain matin et m'ont conduit à Escurolle où j'ai couché. Le lendemain on m'a conduit à Gannat, j'ai remarqué qu'il avait tombé de la neige pendant la nuit.

Arrivé à la prison de Gannat, j'ai été mis immédiatement dans une chambre où il y avait deux lits en fer et un poêle. Le gardien m'ayant refusé à manger, j'ai cassé le poêle; on m'a mis en cellule où j'ai cassé le lit et les vitres. On m'a changé de cellule et je n'ai plus rien cassé. J'ai vu un bourgeois décoré à qui j'ai demandé du travail, il ne m'a pas répondu.

J'ai demandé à retourner à Riom, le gardien m'a frappé de trois coups de poing et m'a dit que s'il avait su que j'étais un Prussien, il ne m'aurait pas donné à manger, que l'on me conduirait à Moulins pour me couper le cou.

§ 4. *Goulfer depuis son entrée à l'asile jusqu'à ce jour* (du 9 février 1873 à août 1874.)

Lorsque les gendarmes me conduisaient à l'asile, arrivé dans une rue, je me suis mis sous la voiture du boulanger de l'asile; une roue m'a passé sur la jambe gauche, je l'ai à peine sentie. Je me rappelle qu'à mon arrivée, j'ai frappé le nommé Felise d'un coup de pierre et le nommé Deschamps. Je ne savais où j'étais ni ce que je faisais.

On me mit dans une loge quelque temps après, je coupai avec un morceau d'ardoise la camisole de cuir qui servait à m'attacher et j'escaladai le mur; on m'arrêta et je fus renfermé. Longtemps après, à la suite de nombreuses demandes, j'obtins du travail. Je me suis évadé parce que je ne savais pas où j'étais, je croyais être en prison.

Je me rappelle fort bien avoir fabriqué une corde pour me suicider dans la cellule. En m'évadant, je me suis rendu à Decize, où je n'ai pas trouvé du travail.

A ce moment Goulfer qui a raconté si complaisamment son

©BIUM

existence cesse presque complétement son récit et se renferme dans un système très-caractéristique de négation et de mutisme.

Je ne puis que reproduire ici le résultat de l'interrogatoire relatif aux faits qui suivent l'époque où s'arrêtent ses renseignements d'une remarquable précision.

D. Vous êtes parti d'ici avec le costume de la maison, sans argent et sans livret, êtes-vous allé à Chaptuzat où habite votre frère?

R. Mutisme complet.

D. Comment se fait-il que vous ayez eu le livret de votre frère sur vous quelque temps après votre évasion ?

R. Goulfer refuse absolument de répondre.

D. A quelle époque avez-vous été à Palinges?

R. Je ne me rappelle pas.

D. A quoi avez-vous été occupé à Palinges?

R. Je me suis embauché chez M. Servès, fabricant de sucre, j'ai travaillé dans cette fabrique plus de deux mois.

D. A quelle époque en êtes-vous sorti ?

R. Le 15 décembre, je ne sais si je suis parti le même jour, j'ai touché 26 fr. 50.

Je ne me rappelle pas si j'ai été à Paray, mon avocat m'a défendu de rien dire.

Je ne me rappelle pas avoir bu avec Jean-Bapiste à Bragny. Je n'ai pas laissé mon paquet d'effets dans une auberge de Bragny.

Je n'ai jamais eu de billets de banque de 50 francs.

D. Avez-vous connu le nommé Lécuelle?

R. Je l'ai connu, vu que je me suis battu avec lui.

D. A quelle époque et combien de fois?

R. Je ne sais l'époque ; je ne me suis battu qu'une fois ; c'est le dimanche que je me suis battu avec Lécuelle. Plusieurs fois, il m'a engagé à aller coucher avec lui, je n'ai jamais voulu, car le connaissant je craignais que ca ne fasse du mal.

©BIUM

Lécuelle ne m'a jamais dit qu'il avait de l'argent. Je n'ai aucune ressource. J'ai appris la mort de Lécuelle par le commandant du navire.

D. Vous rappelez-vous avoir été à La Palisse ?

R. Je ne me rappelle pas où je suis passé ; il y a un curé qui m'a donné dix sous, mais je ne sais où.

D. Vous avez, paraît-il, fait une chute dans le canal?

R. C'est Mme Dazy qui m'a proposé de l'accompagner à Genelard; il était de 7 h. 1/2 à 8 h. du soir; il y a 4 kilomètres de Palinges à Genelard. Je crois qu'on avait mal placé exprès les guides du cheval qui nous conduisait pour nous faire périr.

Goulfer reste muet sur toutes les questions se rapportant aux faits qui ont précédé, accompagné et suivi le double crime dont il est accusé.

3° ANTÉCÉDENTS.

Après le récit détaillé et très-important à plusieurs points de vue, que Goulfer a fait de son existence, il est nécessaire de rechercher tout ce qui, dans ses rapports avec la société, est de nature à caractériser l'homme moral qui a subi l'influence variable d'une nature pervertie ou de facultés intellectuelles troublées par la maladie.

§ 1er. *Goulfer depuis sa naissance, jusqu'à son entrée à Riom* (de 1830 à 1868.)

Dans cette longue période, malgré tous nos efforts pour découvrir la trace de quelque symptôme d'affection mentale, il nous est absolument impossible de trouver autre chose qu'un homme dont les mauvais instincts développés par une éducation vicieuse l'ont poussé à se mettre de bonne heure en lutte contre la société et les lois de son pays.

Il a une nombreuse famille et jamais on n'a connu chez aucun de ses membres la moindre affection nerveuse.

©BIUM

Le conseil municipal de Saulzet a du reste donné sur cette importante question de l'hérédité les renseignements suivants :

1° La mère de Goulfer est décédée à Gannat, mais de son vivant on ne lui a jamais connu d'affection nerveuse ;

2° Le père a quitté le pays, a été condamné, on le croit retiré à Bessay (Allier), n'a jamais eu de maladie nerveuse;

3° Goulfer André, son oncle et parrain, habite Saulzet, c'est un honnête cultivateur, sans affection nerveuse ;

4° Goulfer Marie, sa tante, est une fille mère, qui n'a jamais éprouvé de maladies de nerfs ; elle habite Saulzet ;

5° Goulfer, veuve Favier, dit Sibon, habite avec son fils ouvrier charron à Saulzet, jouissant d'une parfaite santé et possédant l'estime publique;

6° Goulfer Charles, son frère, fixé depuis 12 ans à Chaptuzat (Puy-de-Dôme), a 4 enfants, tous jouissant d'une excellente santé.

7° Goulfer Catherine, sa sœur, est une fille mère, qui a suivi à Lyon un individu dont on ne connaît ni le nom, ni l'adresse, mais elle n'était atteinte d'aucune maladie nerveuse avant son départ de Saulzet;

8° Perrot dit Tourreau, n'est frère que de mère avec Goulfer, il jouit d'une santé parfaite.

Jusqu'à l'âge de 20 ans Goulfer vit d'une façon très-ordinaire; sa santé et son état mental n'éprouvent aucun trouble qui mérite d'être noté.

Il est réformé pour une hernie inguinale qui n'a certainement exercé aucune influence sur son cerveau.

Des nombreux témoins qui ont été interrogés sur l'existence de Goulfer, un seul, son frère Charles, parle d'une fièvre typhoïde qu'il aurait eu à l'âge de 21 ans. L'inculpé qui a raconté tout ce qui était de nature à faire admettre l'existence de certaines maladies, qui a été interrogé scrupuleusement sur les moindres dérangements qu'il aurait éprouvés, qui s'est rappelé avoir eu, en 1853, c'est-à-dire à

©BIUM

l'âge de 23 ans une fluxion de poitrine, ne parle pas de cette fièvre typhoïde que son frère ayant moins de mémoire que lui, confond peut-être avec cette affection des poumons qui a retenu Goulfer de 15 jours à trois semaines à l'hôpital. Si l'inculpé avait eu à cette époque une fièvre typhoïde, il serait resté plus longtemps à l'hôpital, car la durée de cette dernière maladie est beaucoup plus longue que celle d'une fluxion de poitrine.

En admettant l'existence, qui me paraît bien douteuse, d'une fièvre typhoïde, nous ne trouvons pendant une période de 18 à 20 ans aucun symptôme qui puisse s'y rapporter. Il faut en effet arriver à la maison centrale de Riom, vers 1870 ou 1871, pour trouver les premiers signes d'une folie vraie ou simulée, et dans tous les cas peu accentuée.

A défaut de manifestations délirantes que nous cherchons en vain, nous trouvons des manifestations morales qui montrent le caractère, les sentiments et les tendances de l'homme dont les actes s'expliquent d'une façon parfaitement logique, par la connaissance de sa moralité plutôt que par un trouble quelconque de ses facultés.

En 1852, il commet son premier vol, qu'il nie encore aujourd'hui, comme tous ceux qu'il a commis depuis.

Depuis 1863, jusqu'en 1868, il est condamné 8 fois pour coups et blessures, rébellion, évasion, vagabondage, vol à divers degrés de gravité.

De 1863 à 1873, c'est-à-dire pendant 10 ans, il passe en prison une partie de son existence et semble chaque fois n'en sortir que pour s'y faire remettre, en aggravant de plus en plus les causes de ses condamnations.

§ 2. *Goulfer depuis son entrée à Riom* (17 janvier 1868) *jusqu'au* 15 *décembre* 1873, *jour de sa sortie de la sucrerie de Palinges.*

Goulfer condamné à 5 ans de réclusion pour vol qualifié, entre à la maison centrale de Riom le 27 janvier 1868.

©BIUM

C'est pendant son séjour dans cette prison que se montrent les premières manifestations délirantes que je crois utile de suivre scrupuleusement et d'étudier dans leur évolution normale.

Avant d'offrir ces symptômes d'aliénation mentale, l'inculpé se montre avec son naturel irritable et violent stéréotypé par les punitions qui lui ont été infligées et surtout les causes qui les ont provoquées.

En 1868, il se querelle et se dispute à l'atelier et à la chapelle ; on lui inflige trois punitions.

En 1869, il est puni 8 fois pour s'être battu, disputé, avoir mis le désordre dans l'atelier, insulté les gardiens.

En 1870, époque des premières manifestations délirantes, il est puni 12 fois pour des motifs analogues, désordre, dispute, coups, insultes, menaces, etc.

En 1871, il n'est plus puni que 6 fois, toujours pour les mêmes faits.

En 1872, il n'a plus que 4 punitions. A ce moment Goulfert était considéré comme faible d'esprit.

Le Directeur de la maison de Riom, écrit que Goulfer était parfois très-exalté, et quand ses crises le prenaient, on le plaçait à l'isolement *pendant quelques jours ; cette précaution suffisait pour le calmer.*

Le docteur Girard, médecin de la maison centrale, relevant ses notes sur le cahier de visite y trouve en 1868 et 1869 que Goulfer a été atteint d'abcès dentaire et de cholérine.

En 1870, il constate un accès monomaniaque ayant duré 6 jours et en mars 1870, un accès semblable de 4 jours.

Le 3e et dernier accès délirant se montre en avril 1871 et dure onze jours.

A partir de ce moment Goulfer n'a plus de crise et n'est presque plus puni ; on le considère comme fou ou faible d'esprit et on ferme les yeux sur ses bizarreries de caractère. Il entre plusieurs fois à l'infirmerie pour une irritation intestinale.

©BIUM

M. le docteur Girard, après avoir constaté sans les décrire ces trois accès monomaniaques, se rappelle qu'il a été obligé de le faire mettre dans un local à part, à cause du *bruit qu'il faisait la nuit, des cris violents qu'il poussait* et qui empêchaient les autres malades de reposer.

Je crois devoir reproduire ici une partie du rapport du docteur Girard qui, sans être bien explicite, renferme cependant une restriction qui a son importance.

« Il se peut, dit-il, que je n'aie pas eu une confiance sans limite sur la valeur essentielle de l'aberration mentale de Goulfer ; ce qui semble fortifier cette idée, c'est que la dernière année de son séjour, il n'a plus paru à l'infirmerie pour autre cause qu'une irritation fréquente des intestins. Il est certain cependant que c'était un homme très-original, irascible et contre lequel il fallait prendre des précautions. On peut dans tous les cas affirmer que sauf quelques jours des années 1870, 1871, pendant lesquels il était sous le coup d'une excitation qui pouvait lui enlever la responsabilité de ses actes, il n'en était point de même pendant tout le reste du temps de son incarcération.

Goulfer savait fort bien, et il nous l'a démontré, qu'on le considérait comme fou ; il a cessé de l'être au moment où on a cessé de le punir.

Les crises de folie sont exactement copiées les unes sur les autres. Cette maladie survient subitement sans cause appréciable, sans prodromes, sans symptômes précurseurs ; on voit pendant quelques jours un homme qui crie, insulte, frappe et lorsqu'il est fatigué revient à l'état normal.

Cette ébauche modeste de l'*excitation maniaque* réduite à sa plus simple expression est évidemment ce qu'il y a de plus facile à simuler.

Goulfer sort de la maison centrale le 31 janvier 1873, il avait de l'argent, et, au commencement de février, il se fait arrêter dans des circonstances toutes spéciales qui ont donné lieu à des interprétations différentes que je dois rappeler sommairement en reproduisant les parties des dépo-

©BIUM

sitions qui se rapportent à l'état mental de l'inculpé.

Le nommé Rateau (François), rapporte que l'inculpé était considéré par son frère consanguin comme n'ayant pas tout son bon sens. Le témoin reconnaît qu'il a cru cet individu fou, mais qu'il ne pourrait affirmer s'il n'y avait pas de la simulation.

Charles Goulfer, autre frère de l'inculpé, raconte que son frère André a été atteint, à 21 ans, d'une fièvre typhoïde qui l'a rendu comme fou.

Guyon (Jean) dit : ma conviction est que cet individu n'a pas toujours son bon sens, mais il fait aussi semblant d'être plus fou qu'il l'est réellement.

Joseph Gouyat a gardé Goulfer chez Espirat, aubergiste, en attendant les gendarmes, il dit avoir assisté à son *attaque d'épilepsie*; le prévenu lui disait toujours : je suis un homme perdu, c'est-il malheureux d'être comme ça ; en *prison on ne m'appelait que le fou*, parce que souvent je n'avais pas la tête à moi.

Gilbert Goulfer a entendu dire au prévenu qu'il était sujet à des attaques d'épilepsie.

J'ai assisté, dit Gilbert Rocher, à l'attaque d'épilepsie de Goulfer ; il n'avait point d'écume et simulait la folie. Quelques instants avant il m'avait dit : *ne dites rien, je m'en vais faire le fou, au moins je serai conduit en voiture.*

Alexis Espirat a entendu dire à Goulfer : ne dites rien, je m'en vais faire le fou, je me ferai conduire en voiture.

Jean Bournat dépose que le prévenu faisait l'homme ivre, *simulait une attaque d'épilepsie ;* il se précipita sur le verre de vin ou liqueur qui fut offert aux gendarmes ; c'est, dit-il, un homme dangereux, d'une très-mauvaise mine.

La femme Espirat a constaté la simulation de l'*attaque d'épilepsie qui a duré environ 15 minutes.*

Jean Varenne déclare que Goulfer lui a paru ivre et qu'il a feint une attaque d'épilepsie.

©BIUM

Toutes ces dépositions qui se rapportent aux faits produits au commencement de février démontrent d'une façon évidente que l'inculpé a voulu simuler une attaque d'épilepsie, et en disant qu'il allait faire le fou, il augmentait par ces mots les doutes bien sérieux qui existaient déjà au sujet de ses crises délirantes.

Arrivé à la prison de Gannat, Goulfer considéré d'abord par le gardien-chef comme imbécile, se livre à des actes de violence et reproduit ses scènes de Riom.

Le docteur Trapenard examine l'inculpé et le déclare atteint d'imbécillité.

Goulfer est conduit à l'asile départemental de l'Allier et dès son arrivée il se met à frapper les malades qui étaient dans la cour où on l'avait placé. Il fut attaché et enfermé dans une cellule; il se calma presque subitement et ne se livra plus jamais à aucun acte de violence.

C'est à ce moment que les crises de Goulfer disparaissent complétement pour ne plus se montrer.

Il reste attaché quelque temps et soumis à une surveillance spéciale. Il a fait une tentative d'évasion qui n'a pas réussi et cependant il a montré là une grande adresse.

Nous attendions quelque nouvelle crise afin d'éclaircir des doutes que nous avions eu dès le début, lorsqu'il s'est évadé au moment où il n'offrait aucun trouble des facultés mentales.

Goulfer se rappelle fort bien tout ce qu'il a fait à l'asile, mais il voudrait expliquer sa conduite par la folie qu'il a en ce moment le plus grand intérêt à simuler.

L'inculpé se trouve à Palinges, occupé dans une sucrerie ; là, toutes les personnes qui vivent avec lui, le voient tous les jours, le considèrent comme parfaitement sain d'esprit et se montrent on ne peut plus étonnées lorsqu'on leur apprend qu'il a été enfermé dans un asile d'aliénés.

Mais si Goulfer n'est pas considéré comme aliéné, on ne

©BIUM

tarde pas à s'apercevoir qu'il est querelleur et violent.

Le 7 décembre, dit Claude Maguy, j'étais dans l'auberge du sieur Anovoisat, lorsque Goulfer en état d'ivresse, s'élance sur moi sans motif et me saisit la cravate, je le repoussai, il recommença et on fut obligé de le mettre à la porte. Quand je sortis, il voulut encore se jeter sur moi ; alors je le repoussai violemment et l'envoyai rouler à terre.

Huit jours après, quand il eut battu le père Lécuelle, il me dit qu'il m'en ferait autant, mais il est parti le 16. Il se prenait souvent de dispute avec les ouvriers, si on l'avait écouté, il aurait toujours été en rixe.

Plusieurs témoins qui ont connu Goulfer à Palinges font des dépositions analogues qu'il n'est pas utile de reproduire ; aucun n'a constaté chez lui le moindre symptôme d'aliénation mentale.

Quelques jours avant de quitter l'usine, Goulfer a fait une chute dans le canal, dans des circonstances qu'il ne nous appartient pas d'apprécier, mais comme on pourrait supposer que son cerveau a subi l'influence de cet accident, douze témoins qui ont vu l'inculpé avant et après l'événement ont été interrogés dans le but de constater l'effet de cet événement sur ses facultés mentales. Toutes ces dépositions sont unanimes et affirment de la façon la plus formelle, qu'il n'a été remarqué rien d'anormal dans les habitudes et la manière d'être de Goulfer après sa chute dans l'eau glacée.

Après cet accident, Goulfer se bat avec Lécuelle, profère contre lui des menaces de mort et quitte son emploi le 15 décembre 1873.

§ 3. *Goulfer depuis le 15 décembre 1873, jusqu'à ce jour, août 1874.*

En quittant l'usine, Goulfer reçoit une somme de 26 fr. 50 cent., dépense et ne travaille pas. Il part de Palinges

©BIUM

le 16 et se rend à Paray. Les nombreux témoins entendus et qui connaissent parfaitement l'inculpé, et l'ont vu du 15 au 17 décembre, n'ont rien remarqué d'anormal dans ses allures. Depuis le moment de son entrée à l'asile, et en suivant Goulfer avec les nombreux témoins qui ont vécu avec lui, il est impossible de trouver la trace d'aucun trouble mental.

Le 17 au soir, vers 9 heures, l'inculpé se trouve à Bragny dans l'auberge du nommé Chazeau, il refuse de coucher avec le nommé Bourdier qu'il connaissait, laisse son paquet, sans payer sa dépense et s'en va. Il dit à Bourdier que depuis sa chute dans le canal, il est fou, mais Bourdier n'en croit rien. Les personnes qui le voient en ce moment lui trouvent un air inquiet, préoccupé, égaré, mais rien qui ressemble à de la folie et surtout à cette agitation qu'il a montrée précédemment.

Quelques heures après le départ de Goulfer de chez Chazeau, le double crime est commis et le lendemain matin à 5 heures, l'inculpé se retrouve de l'autre côté de Palinges à Ciry-le-Noble, chez le nommé Dufour qui lui échange un billet de 50 francs et en aperçoit d'autres dans un portefeuille. L'inculpé qui lui paraît très-fatigué, raconte qu'il a voyagé toute la nuit et qu'il est passé par des chemins où il aurait de la peine à se reconnaître.

Au commencement de janvier, Goulfer se montre aux environs de Lapalisse, il fait connaître à plusieurs témoins qu'il possède une somme d'argent assez considérable ; il est emporté, violent, mais tous ceux qui le voient sont profondément convaincus que cet homme est tout autre chose qu'un aliéné.

Il échappe aux recherches de la justice, se rend à Alger, commet un vol, est condamné à 5 ans de prison, est ramené en France pour avoir à répondre à l'accusation qui pèse sur lui.

Son état mental observé à différentes époques a donné

©BIUM

lieu à des doutes qu'il était nécessaire d'éclaircir et il a été envoyé en observation à l'asile d'aliénés de Moulins où il s'est montré très-calme, très-soumis, sans aucun trouble de ses facultés.

4° DISCUSSION MÉDICO-LÉGALE.

La folie comme toutes les maladies doit avoir son histoire; elle ne peut être constatée et affirmée qu'à la condition de reconstituer dans l'existence du malade tous les éléments de l'affection dont il est atteint.

Les longs développements qui précèdent, abrégeront cette discussion qui ne doit être que le résumé des manifestations cérébrales de Goulfer, et l'appréciation scientifique de tout ce qui dans nos recherches minutieuses est de nature à faire supposer une altération quelconque de sa liberté morale.

Goulfer a-t-il été atteint d'une affection mentale et quels sont ses caractères?

Telle est, je crois, la première question qu'il est utile de résoudre.

Avant de constater une forme déterminée d'aliénation mentale, il est nécessaire de rechercher les causes qui ont pu la produire; c'est le commencement indispensable de l'histoire de la maladie que nous devons reconstituer de toutes pièces pour pouvoir l'affirmer.

L'hérédité joue dans l'étude de la folie un rôle de premier ordre, et il est excessivement rare que les aliénés homicides ou suicides n'aient pas dans leur famille quelque membre atteint d'affections nerveuses. Goulfer a une nombreuse famille et on n'a jamais connu chez aucun de ses membres la moindre trace de maladie nerveuse; tous ceux qui existent jouissent d'une excellente santé.

Cette cause si importante ne peut être invoquée.

L'inculpé a été exempté du service pour une hernie, ne pouvant exercer aucune espèce d'action sur le cerveau. Il

©BIUM

croit avoir eu une fluxion de poitrine qui ne saurait être considérée comme une cause de folie ; mais il a été dit qu'il avait eu une fièvre typhoïde au sujet de laquelle nous avons déjà émis quelques doutes.

En admettant l'existence de cette maladie considérée justement comme une cause possible d'aliénation mentale, nous ne pouvons pas conclure à la folie par la constatation exclusive d'une cause qui peut fort bien ne pas la produire. Tout le monde sait que si la fièvre typhoïde peut déterminer une affection mentale, toutes les personnes qui ont eu cette maladie ne sont pas fatalement condamnées à rester aliénées.

Si la folie avait été la conséquence de la fièvre typhoïde, ce n'est pas 20 ans après qu'elle aurait éclaté. Nous ne trouvons qu'à cette époque les premières manifestations délirantes.

Lorsque la fièvre typhoïde exerce sur le cerveau une influence quelconque, il se produit presque toujours dans un très-court délai avec des signes physiques variables, qui font entièrement défaut chez Goulfer, une altération notable de la mémoire.

L'inculpé dans le récit qu'il a fait de sa vie nous a montré une mémoire remarquable. Dans toutes ses réponses il est facile de reconnaître une intelligence assez développée, un jugement très-sain, des raisonnements parfaitement justes, au moyen desquels il distingue d'une façon parfois surprenante les faits sans importance qu'il raconte avec une grande complaisance et beaucoup de détails, de ceux qui peuvent le montrer sous un mauvais jour, le compromettre et sur lesquels il reste muet lorsqu'il ne peut les éluder ou les nier.

L'histoire de sa vie telle qu'il la raconte détruit complétement cette supposition d'imbécillité qui a été admise un instant. On nait imbécile, mais on ne le devient pas. On confond souvent cette affection avec la démence et il est

©BIUM

évident que Goulfer n'a jamais été imbécile et qu'en ce moment avec sa mémoire et son intelligence bien connues, il ne peut être considéré comme dément.

Les causes de la folie de Goulfer nous manquant complétement, nous devons les supposer méconnues ou latentes et rechercher les symptômes susceptibles de la caractériser.

Ce n'est qu'à la maison centrale de Riom en 1870 et 71 que nous trouvons les premiers symptômes réels ou simulés d'une affection cérébrale qui se montre à des époques très-variables avec des caractères identiques.

Goulfer est pris à Riom, sans cause connue, de trois crises qui se montrent à des époques diverses, durent quelques jours et sont invariablement et exclusivement constituées par des cris, des chants, des insultes et des coups.

Le délire que j'appellerai physique, extérieur, dont les membres, la langue et le larynx font tous les frais, est évidemment très-facile à simuler.

L'inculpé possède une énergie et une volonté suffisantes pour pouvoir continuer quelques jours ce délire un peu exclusif, mais il se fatigue assez vite et ne tarde pas à redevenir calme et raisonnable comme avant, sans que cette affection laisse dans son cerveau la moindre trace d'altération.

A ce moment on croit à Riom que Goulfer est aliéné ; il connaît cette opinion, ses punitions que son caractère violent lui avait attirées diminuent notablement, il a réussi par une simulation bien simple, mais assez adroite à convaincre ceux qui l'entourent ; mais le médecin, malgré toutes ces croyances exprimées autour de lui, conserve des doutes sur la réalité de ces symptômes anormaux.

A sa sortie de Riom, il simule une attaque d'épilepsie, *il dit qu'il va faire le fou.* Il a obtenu des succès de simulation qui ne peuvent que l'engager à continuer ; aussi reproduit-il exactement avant d'entrer à la prison de Gannat

©BIUM

et pendant son séjour, les scènes de violence, les cris qui l'avaient fait considérer à Riom comme réellement aliéné.

Là, il réussit encore et est envoyé à l'asile départemental de l'Allier. En arrivant dans cet établissement, il exécute une nouvelle tentative de très-courte durée, il frappe quelques malades, est attaché et enfermé et se calme presque subitement pour ne plus se montrer bruyant et agité.

C'est en vain que nous attendons pendant fort longtemps de nouvelles manifestations délirantes pour nous faire une opinion ; il reste calme, essaye de s'évader d'une façon très-adroite sans y réussir, et au moment où rien n'était venu pour nous permettre d'observer son état mental dans des crises dont nous attendions le retour avec impatience, alors que nos doutes sur ces manifestations délirantes nous poussaient à croire à une simulation que l'inculpé n'osait plus tenter devant nous, Goulfer est parti avec la pleine jouissance de son libre arbitre sans qu'il existât chez lui le moindre trouble de ses facultés intellectuelles.

Depuis ce moment nous ne trouvons plus dans la vie de Goulfer aucun symptôme de folie.

Cette excitation maniaque qui constituait toute sa maladie devait se reproduire, comme avant, avec les mêmes symptômes, d'une évidence trop grande pour qu'on ne les remarque pas.

Pas plus avant qu'après sa chute dans le canal et le crime de Palinges, aucune de ces manifestations délirantes qui se sont produites cinq fois, n'a été constatée par les nombreuses personnes qui ont vécu avec lui dans une intimité plus ou moins grande.

Il nous a été impossible, malgré nos recherches scrupuleuses, de trouver dans toute l'existence de Goulfer, les éléments d'une affection mentale.

Partout où nous avons cherché l'aliéné, nous avons sans cesse trouvé l'homme immoral, irascible, violent, qui s'est mis en lutte contre la société et les lois de son pays.

©BIUM

Il ne nous appartient pas de dresser contre l'inculpé un acte d'accusation dont nous nous sommes efforcé d'éviter les éléments puissants, mais la responsabilité que nous avons à dégager, touche souvent aux questions relatives à la culpabilité.

Les circonstances du crime de Palinges sont bien connues et il n'est pas utile d'en faire le sombre tableau ; cependant il est nécessaire en terminant cette discussion, d'affirmer que Goulfer possédait à ce moment toute sa liberté morale, et qu'il y a dans l'exécution de l'assassinat suivi de vol, une préméditation, des calculs, qui excluent un délire aigu semblable à celui qu'il avait simulé antérieurement.

Le 17 décembre au soir, Goulfer refuse de coucher avec un de ses camarades, il laisse son paquet, ne paye pas sa dépense et part en plein hiver presqu'au milieu de la nuit pour une destination qu'il ne fait pas connaître.

Lécuelle est étranglé dans la nuit du 17 au 18 avec une adresse et une précision peu communes ; l'assassin vole son argent et quitte Palinges.

Le 18, à 5 heures du matin, Goulfer exténué de fatigue, sale, mal vêtu, se trouve à quelques kilomètres de là, échange un billet de 50 francs et laisse voir d'autres billets qu'il cherche à cacher.

Sa conduite après l'assassinat n'est certainement pas celle d'un aliéné. Il se soustrait aux recherches de la justice et va se faire condamner à Alger pour vol.

5° CONCLUSIONS.

De tout ce qui précède je crois devoir en conscience conclure que :

1° Goulfer me paraît avoir simulé la folie dans les cinq crises qui ont été observées à Riom, à Gannat et à Moulins.

©BIUM

2° Il n'était atteint d'aucune affection mentale au moment où le double crime de Palinges a été commis.

3° Pendant tout le mois de décembre 1873, il avait l'entière jouissance de son libre arbitre.

4° Il est responsable des actes qu'il a accomplis à cette époque.

Le 5 septembre 1874, Goulfer est condamné à la peine de mort.

©BIUM

ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

NOTICE

SUR

L'ASILE POUR LES ÉMIGRANTS ALIÉNÉS

A NEW YORK

Par le Dr EDWARD MANN

Directeur-Médecin de cet asile.

Il y a quelques mois, au moment où je m'occupais de rédiger le travail sur les *Aliénés migrateurs*, récemment publié par les *Annales* (juillet 1875), j'eus occasion de lire, dans la *Revue des Deux-Mondes*, un très-intéressant article de M. Louis Simonin, sur les établissements de charité à New York (1). J'y vis surtout, avec intérêt, que l'on avait organisé, dans cette ville, un asile spécialement destiné au traitement de ceux des émigrants qui étaient atteints d'aliénation mentale, car, dit l'auteur, « un bon nombre d'émigrants d'Europe arrivent » dans ce malheureux état ». Je rencontrais là, sans m'y attendre, le complément de l'étude que je faisais, en France, sur la clinique des grands ports d'embarquement ; j'y trouvais la preuve que si quelques-uns des aliénés qui cherchent à s'expatrier sont reconnus et arrêtés avant leur départ, beaucoup d'autres, au contraire, réussissent à partir et doivent

(1) Numéro du 1er février 1875.

©BIUM

être mis en traitement au moment où ils arrivent à destination.

Je fus désireux d'en savoir un peu plus long sur ce refuge ouvert aux folies, ainsi exportées de l'ancien monde dans le nouveau, et je priai M. Simonin de vouloir bien me mettre à même de m'instruire à cet égard. D'après ses indications, j'écrivis à New York et je ne tardai pas à recevoir une très-aimable lettre de M. le Dr Edward Mann, directeur-médecin de l'asile pour les émigrants aliénés. Cette lettre constituant une véritable notice sur cet intéressant établissement, je n'ai pas cru pouvoir en faire un meilleur usage que d'en offrir une traduction textuelle aux lecteurs des *Annales*.

C'est donc M. le Dr Mann qui est le seul auteur des quelques pages qui vont suivre. Ach. Foville fils.

A partir de l'époque où les émigrants commencèrent à arriver sur nos rivages jusqu'en 1847, ils furent soumis au droit commun, c'est-à-dire aux lois locales et aux ordonnances qui régissaient la cité de New York. Ces lois locales autorisaient les autorités municipales à exiger des armateurs, dont les vaisseaux arrivaient chargés d'émigrants, une sorte de cautionnement, devant servir à indemniser la cité ou le comté, dans le cas où l'émigrant deviendrait une charge publique par suite de son état d'indigence, de maladie ou de folie.

Au commencement de 1847, un certain nombre de citoyens, dont les plus éminents étaient Andrew Canigan, aujourd'hui décédé, et Thurlow Weed, qui vit encore entouré de respect, frappés des souffrances et des besoins de ces malheureux, prirent l'initiative d'une organisation destinée à leur assurer des secours. Ils réunirent un meeting dans lequel on arrêta un système d'assistance qui fut présenté à la Législature et voté pendant la session de 1847. Le système alors recommandé et adopté consista dans la création d'une commission permanente pour l'assistance et la protection des émigrants arrivant à New York, « commission aux secours de laquelle, tous les émigrants au-

©BIUM

raient droit pendant une période de cinq ans à partir de leur débarquement, et dont les ressources seraient constituées par une légère contribution pécuniaire versée par chaque émigrant. » En conséquence, le gouverneur de l'Etat nomma une commission de dix membres ; ceux-ci s'empressèrent d'acheter, au nom de l'Etat, des terrains dans l'île Ward, et y construisirent, d'après le système des pavillons isolés, les hôpitaux nécessaires aux soins à donner aux émigrants malades ou indigents. Grâce à cette fondation, beaucoup de misères et de souffrances, précédemment subies par les émigrants malades, se trouvèrent soulagées.

Les hôpitaux construits furent placés sous la direction du Dr John Snowden, et ils se remplirent si rapidement de cas de médecine et de chirurgie qu'il ne resta bientôt plus de place disponible pour les aliénés. On prit des arrangements pour leur réception avec l'asile de Bloomingdale ; mais il arriva que l'un de ces malades introduisit dans l'asile une sorte de fièvre contagieuse et les administrateurs de l'établissement refusèrent de continuer à les admettre. On s'adressa ensuite à l'asile d'Utica, pour obtenir qu'ils y fussent acceptés, mais la maison était pleine et l'on éprouva un refus. On finit par s'entendre avec les commissaires des établissements de bienfaisance et de correction, afin de faire admettre les plus exaltés des émigrants aliénés, dans l'asile municipal de l'île Blackwell. Quant aux aliénés calmes et dociles, ils furent installés dans un pavillon séparé de l'île Ward.

En 1857, le gouverneur, dans son message annuel adressé à la Législature, insista sur la nécessité d'organiser quelque chose de plus complet pour les émigrants et la commission demanda aux chambres un crédit de 30,000 dollars (environ 150,000 fr.), afin de construire pour eux un asile proprement dit. Cette demande de crédit fut rejetée.

©BIUM

Au mois d'octobre 1860, un vaste bâtiment de briques, qui avait été construit, en 1854, pour un autre usage, leur fut affecté, et des travaux d'appropriation le rendirent tout à fait convenable à remplir le but auquel il était destiné. En février 1861, il était prêt à recevoir les malades. Les résultats obtenus furent trouvés très-satisfaisants, d'autant plus que beaucoup des cas traités étaient déjà anciens.

En 1867, on reconnut la nécessité d'améliorer encore l'établissement et de lui donner plus d'étendue ; l'on se décida donc à construire, exclusivement pour les aliénés, un asile spacieux et convenable à tous égards.

Les travaux de construction commencèrent au début de 1871, sous la direction de MM. Renwich et Sands, architectes qui venaient justement de terminer l'asile municipal de la cité de New York.

L'asile actuel consiste en un grand bâtiment de briques, à trois étages, auquel sont reliés quatre pavillons, également en briques ; l'ensemble peut contenir 250 malades. Le bâtiment à trois égages a 120 pieds de long et 30 pieds de large avec deux prolongements ; l'un au centre, vers l'est, a 25 pieds sur 30, et contient les salles à manger ; l'autre, à l'extrémité sud, a 15 pieds sur 15, et contient les cabinets et les salles de bains.

Le premier étage se compose d'une grande salle, avec des appartements pour les gardiens, un bureau pour les médecins et un local pour les réceptions.

Le secon étage est semblable au premier, sauf le bureau médical ; il contient une chambre pour les cas de violence subite et un magasin aux provisions.

Le troisième étage est divisé en deux salles et a des chambres pour le personnel. A toutes ces salles sont annexés des salles à manger, des cabinets et des bains à part.

L'infirmerie est à l'étage supérieur, et elle est exposée

©BIUM

au midi, en sorte que les malades qui y sont soignés ont beaucoup de soleil et de lumière.

Du centre de ce bâtiment, et en communication avec lui par des corridors de 30 pieds de long sur 20 de large, se détachent deux pavillons qui n'ont qu'un étage de hauteur. Ces pavillons ont également 120 pieds de long et 30 pieds de large; ils contiennent des locaux pour des gardiens et une série de petites chambres pour des malades. Il y a encore deux autres pavillons, de dimensions semblables, divisés chacun en douze chambres d'isolement pour les malades les plus excités et les plus troublés. Chacun de ces bâtiments contient également des chambres de gardiens, des salles à manger, des bains et des cabinets.

Entre les deux pavillons les plus rapprochés du centre, se trouve un bâtiment à un étage, qui contient les chaudières et les appareils destinés au chauffage de l'établissement tout entier, la buanderie et la salle à manger des gens de la buanderie.

Au-dessous de tous les bâtiments se trouve un sous-sol bien pavé destiné à l'installation d'ateliers, de billards et d'autres jeux. Deux grands préaux plantés d'arbres, et ayant 150 pieds sur 130 sont destinés aux récréations des malades.

En avant du bâtiment central et sur le bord de la rivière de Harlem est construite la maison d'habitation du médecin-directeur.

Toutes les constructions de l'asile sont établies dans les meilleures conditions et à l'épreuve du feu. Elles sont toutes chauffées à la vapeur; chaque salle ou chambre est munie de repos de chaleur pour en assurer la bonne température; partout, aussi, circulent de l'eau potable et du gaz fabriqué dans l'île.

L'asile, tel qu'il est actuellement établi, constitue l'un des meilleurs refuges pour les aliénés, que l'on puisse trouver dans l'état de New York et l'un des mieux placés.

©BIUM

Le site est également sain et agréable ; les jardins de récréation des malades sont grands, bien plantés et il serait difficile de trouver mieux. L'état sanitaire s'est notablement amélioré ; les malades atteints d'affections incidentes jouissent de plus de confortable et ont le bénéfice d'une exposition en plein soleil ; partout, lorsque les malades sont sortis, on a soin d'ouvrir toutes les pièces, pour en renouveler l'air.

De l'asile, on a au sud la vue de New York et de l'île de Blackwell ; à l'ouest, on domine le parc Central et la rivière de Harlem ; au nord, on regarde le détroit de Long-Island ; l'ensemble de la situation est aussi agréable que possible.

D'après mon expérience personnelle, les types d'aliénation mentale les plus habituels, parmi les émigrants, sont la manie et la mélancolie ; la proportion des cas de paralysie générale tend à augmenter.

Le nombre des malades traités à l'asile était, au 1er janvier 1873 :

Hommes.	82	159
Femmes.	77	

Il a été admis, pendant le cours de l'année 1873 :

Hommes.	91	176
Femmes.	85	
Le nombre total des malades soignés pendant l'année 1873 a donc été de. . .		335

Il en est sorti :

Par guérison ou amélioration.	92	148
Par décès.	23	
Par rapatriement : En Allemagne. . .	2	
En Angleterre. . .	2	
En Irlande.	1	
Il restait, au 31 décembre 1873. . . .		187

©BIUM

L'année 1874 a fourni les résultats suivants :

Il existait au 1er janvier :

Hommes.	98		187
Femmes.	89		
Admissions de l'année :			
Hommes.	68		135
Femmes.	67		
Nombre total des malades soignés. . .			322
Les sorties ont été ainsi réparties :			
Guérisons : Hommes.	32	51	151
Femmes.	19		
Améliorations : Hommes.	30	58	
Femmes.	28		
Transférés, sans changement, au bout de 5 ans, à l'asile municipal. . .	22	42	
Non aliéné.	1		
Décédés	19		
Restaient, au 31 décembre.			171

dont 85 hommes et 86 femmes.

Au moment de l'admission on recueille, le plus exactement possible, en interrogeant les parents ou amis, des renseignements sur les antécédents des malades, et l'on rédige exactement leurs observations.

Au commencement de leur séjour à l'asile, leur état est signalé, chaque mois, par une note consignée par le médecin sur le registre. Quand le malade quitte l'asile, on indique aussi exactement que l'on peut ce qu'il devient à sa sortie. Quand il meurt, l'autopsie est pratiquée et le compte rendu de cet examen nécroscopique vient compléter l'observation.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Années 1870, 1871 et 1872 (suite).

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

(Année 1872, voy., *Annales méd., psych.*, 1872, t. VIII. p. 428).

1° *Moyens pratiques de combattre l'ivrognerie proposés ou appliqués en France, en Angleterre et en Amérique*; par M. le Dr Ach. Foville fils (janvier et avril).

Cet excellent travail n'est pas susceptible d'analyse ; nous ne pouvons qu'en conseiller la lecture à tous ceux que peuvent intéresser la question de l'ivrognerie et les moyens de la combattre.

2° *Etude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire*; par le Dr Legrand du Saulle (janvier, avril et juillet).

Ce travail n'est pas plus susceptible d'analyse que le précédent.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.

(Année 1870).

1° *Bromure de potassium contre l'épilepsie*; par le Dr Bazin (n° 3).

M. Bazin réclame la priorité de l'emploi du bromure de potassium à doses graduellement croissantes dans le traitement de l'épilepsie.

Le mode d'administration du bromure auquel il a recours depuis longtemps déjà, a été exposé par M. Besnier, alors son interne, dans les n°s 35 et 37, mars 1865, de la *Gazette des hôpitaux*.

Voici la formule conseillée par M. Bazin :

Bromure de potassium,	20 grammes.
Eau distillée,	300 —

On débute par deux cuillerées à bouche chaque jour, et l'on

©BIUM

augmente graduellement et très-rapidement les doses jusqu'à 8 et 10 grammes pour le même espace de temps.

2° *De l'aphasie ou perte de la parole dans les maladies cérébrales* ; par M. le Dr Bateman, trad. de l'anglais, par M. F. Villard (nos 15 à 26). (Voy. *Annales médico-psych.*, 1871, t. v., p. 65 et 1875, t. XIII, p. 264).

Voici les conclusions du long et consciencieux travail de M. Bateman.

A. L'aphasie n'est pas invariablement liée à la lésion du lobe antérieur gauche du cerveau ;

B. L'inverse n'est pas vrai non plus, à savoir que lorsqu'il existe une lésion positive du lobe antérieur gauche, l'aphasie est nécessairement un des symptômes ;

C. Bien qu'on puisse dire quelque chose en faveur de chacune des théories populaires de la localisation de la parole, il existe cependant de si nombreuses exceptions à chacune d'elles, qu'elles ne pourraient supporter le contrôle d'un examen désintéressé et impartial.

D. Il n'est nullement prouvé qu'il y ait un centre cérébral pour le langage articulé ; la parole comme l'âme pourrait bien être quelque chose dont la compréhension est au-delà des limites de notre intelligence bornée.

3° *De l'emploi de l'électricité comme moyen de diagnostic dans quelques affections nerveuses et musculaires* ; par M. le Dr Onimus (nos 30 et 31).

Voici les conclusions que l'auteur a cru devoir tirer de ses expériences et des faits cliniques qu'il a observés :

A. Quand les courants induits donnent des contractions normales, ni les muscles, ni les nerfs périphériques, ni la portion de la moelle dont partent les nerfs qui se rendent aux muscles paralysés, ne sont lésés.

B. Quand la contractilité farado-musculaire (courant induit) est diminuée et la contractilité galvano-musculaire (courant continu) est normale ou augmentée, le système moteur seul est altéré, mais l'altération est lente et incomplète.

C. Quand la contractilité farado-musculaire est abolie, et la contractibilité galvano-musculaire augmentée, les nerfs moteurs sont complétement détruits et la paralysie est périphérique.

D. Quand la contractilité farado-musculaire est abolie et la

©BIUM

contractilité galvano-musculaire conservée mais très-faible, il y a lieu de diagnostiquer la destruction rapide des différentes espèces de filets nerveux ou des cellules de la substance grise de la moelle, et des lésions graves des muscles.

E. Lorsque la contractilité farado-musculaire et la contractilité galvano musulaire sont toutes deux abolies, on doit pronostiquer la destruction complète du système nerveux et du système musculaire.

4° *De la paralysie générale des aliénés consécutive à des lésions locales du cerveau, spécialement à l'hémorrhagie cérébrale;* par M. Léon Colin (n° 33).

L'un des premiers, j'ai insisté sur cette généralisation d'une lésion cérébrale d'abord limitée (1); cette succession des deux affections est cependant assez peu commune. Aussi M. Colin, qui a souvent l'occasion de voir au Val-de-Grâce des hémiplégiques et des paralytiques, n'avait que bien rarement observé les deux types morbides réunis chez le même sujet. Aussi a-t-il été surpris d'en rencontrer trois cas en deux mois.

Chez l'un, hémiplégique depuis quatre mois, se manifestaient le tremblement spécial des lèvres, de la langue, des mains, en même temps que le délire hypochondriaque qui, fréquemment, signale l'invasion de la folie paralytique ; chez les deux autres, hémiplégiques aussi depuis plusieurs mois, le tremblement caractéristique apparaissait également, mais accompagné de la forme habituelle de monomanie propre à la paralysie générale.

(Année 1871).

5° *Impressions personnelles et considérations médico-psychologiques sur les événements de Paris;* par le Dr Linas (nos 17 à 21).

« En dernière analyse, conclut M. Linas, il résulte de cette simple et courte esquisse médico-psychologique, que la dernière insurrection parisienne comptait parmi ses chefs, ses adeptes et ses héros, beaucoup d'hommes égarés par de dangereux sophismes ou entraînés par de détestables penchants ; un certain nombre de monomanes et d'illuminés, beaucoup de gens farouches et cruels, et une faible minorité d'esprits

(1) *Recherches sur la paralysie générale progressive.* Paris, 1849, p. 24.

©BIUM

sincères et convaincus, mais manquant de rectitude et de bon sens. »

6° *Etudes sur la sensibilité réflexe* ; par le Dr Noël Guéneau de Mussy (nos 22 et 23).

M. Guéneau de Mussy a cherché à grouper dans ce travail les phénomènes qui peuvent être considérés comme des manifestations réflexes de la sensibilité et à les éclairer des lumières fournies par les recherches modernes sur les fonctions du système nerveux. Voici comment il conclut :

« De ces faits, nous pouvons conclure, je crois, que les excitations dirigées sur un nerf bulbaire peuvent produire des douleurs localisées dans un autre nerf bulbaire; que les incitations des nerfs rachidiens proprement dits peuvent déterminer des douleurs réflexes dans d'autres nerfs rachidiens ; enfin, que les incitations des nerfs ganglionnaires peuvent retentir sur les nerfs cérébro-rachidiens, ou sur d'autres nerfs ganglionnaires. »

7° *Statistique du suicide* ; par le Dr Bourdin (n° 22).

M. le Dr Decaisne avait signalé une augmentation des suicides à Paris et avait expliqué cette augmentation par des influences morales ; voici ce qu'écrit à ce sujet M. Bourdin :

L'augmentation du nombre des suicides révélée par la statistique est un fait normal.

Le maximum des suicides concorde avec le solstice d'été et le minimum avec le solstice d'hiver.

Les influences morales n'agissent, en aucune façon, sur la fréquence des suicides considérés dans le cours d'une même année.

8° *Erotisme de la ménopause;* par M. le Dr Noël Guéneau de Mussy (n° 37).

Voici en quels termes l'auteur résume lui-même les résultats de son expérience :

Pour résumer les observations que j'ai recueillies sur ce sujet, je dirai qu'aux approches de la ménopause, des femmes qui jusque-là avaient des instincts érotiques modérés, ou qui même avaient de l'indifférence pour les rapports sexuels, sont parfois tourmentées par des excitations génésiques violentes, insupportables, que le séjour au lit augmente quelquefois ; mais d'autres fois, elles se font sentir pendant le jour, en dehors de toute provocation extérieure, de tout entraînement

©BIUM

de l'imagination, dans les circonstances même qui sembleraient devoir écarter ces aberrations sensitives. C'est au milieu de leur famille, de leurs enfants, debout, en voiture, au milieu d'étrangers, que ces sensations irrésistibles viennent chercher les malades, accompagnées ou suivies d'impressions voluptueuses. Ces crises érotiques peuvent être de très-courte durée et se répéter plusieurs fois dans la journée ; elles peuvent durer plusieurs heures. En général, le voisinage de la période cataméniale les augmente, les rend plus fréquentes. Ces espèces de pollutions féminines fatiguent les malades, les épuisent, et sont habituellement accompagnées de troubles névropathiques, tels que des névralgies, de l'hyponchondrie, de l'hystéricisme; la tristesse, les scrupules, le dégoût de la vie, en sont la conséquence habituelle. Telle était, du moins, la disposition morale des malades que j'ai observées. Comme dans la plupart des névroses, la fonction hématopoiétique s'altère, des signes d'anémie s'accusent plus ou moins, suivant la durée et l'intensité de la maladie, et cette anémie secondaire, comme dans les autres névroses qu'elle vient compliquer, prolonge et augmente les troubles d'innervation par une sorte de cercle vicieux. Quoique la gastralgie et la dyspepsie viennent ordinairement s'ajouter aux autres anomalies fonctionnelles, les malades peuvent conserver de l'embonpoint. J'ai noté chez plusieurs un développement considérable des glandes mammaires, et je me suis demandé s'il ne pouvait pas avoir quelque connexion avec l'excitation exagérée de l'appareil génital, car tout le monde sait que dans l'état physiologique les excitations de l'appareil utéro-ovarien réagissent sur les mamelles, et réciproquement.

9° *La Baronne*, drame en quatre actes, de MM. Foussier et Edmond ; étude par le Dr Ach. Foville.

M. Foville apprécie comme elle le mérite, cette regrettable tendance des dramaturges de nos jours d'exploiter à leur profit les préventions d'un public ignorant, auquel les littérateurs devraient au contraire s'efforcer de donner de saines notions sur les questions qui peuvent l'intéresser. Les auteurs, je le sais, devraient commencer par apprendre ce qu'ils ont la prétention d'enseigner aux autres : mais alors pourquoi choisir de pareils sujets?

De deux choses l'une, dit en terminant M. Foville : ou bien les auteurs se sont grossièrement trompés eux-mêmes et par

©BIUM

leur faute, c'est-à-dire en négligeant la recherche de la vérité, dans un cas où il leur aurait été bien facile d'arriver à la connaître; ou bien ils ont volontairement trompé le public en flattant son goût pour le scandale, et en cherchant à l'effrayer par la menace d'un danger qui n'existe pas.

(Année 1872).

10° *Observation de tumeur du cervelet;* extrait des leçons cliniques de M. Noel Guéneau de Mussy (n° 15).

La tumeur, d'un blanc opalin, bosselée, à peu près piriforme, siégeait à la face inférieure de l'hémisphère cérébelleux gauche : son extrémité antérieure, en forme de pointe, suivait le bord des pyramides latérales du bulbe et était circonscrite en dehors par le pédoncule cérébelleux moyen, en avant par le pont de Varole. On constata, en l'incisant, que cette tumeur était constituée par un kyste.

Quant aux symptômes observés, voici dans quel ordre ils se sont manifestés :

Au début, légers vertiges quand le malade regardait en haut en renversant la tête en arrière : un peu plus tard, vertiges plus intenses avec perte de l'équilibre, troubles intellectuels et embarras de la parole ; bientôt enfin, vertiges épileptiformes.

Nausées et vomissements bilieux.

Céphalalgie, d'abord occipitale, puis plus habituellement frontale, avec prédominance dans le côté droit.

Tintements d'oreille, également à droite.

Plus tard, amblyopie, pseudoblepsie, hémiopie, diplopie, puis enfin cécité complète ; faiblesse des membres, surtout à droite, titubation, inclinaison de la tête et du tronc du côté droit.

Le sujet de cette observation était un garçon de 17 ans, qui depuis l'âge de 13 ans se livrait avec fureur à la masturbation; il est probable que la tumeur trouvée à l'autopsie n'a pas été étrangère à cette déplorable habitude.

11° *Névropathie cérébro-cardiaque;* par M. le Dr Krishaber (nos 20, 21, 23, 26, 27, 30, 34 et 36).

La névropathie cérébro-cardiaque est une maladie non encore décrite, qui affecte un type invariable ; nous ne pouvons mieux faire pour en donner une idée suffisamment exacte que de reproduire la description sommaire qu'en a donnée l'auteur

©BIUM

au commencement de son long et très-intéressant mémoire.

« Quatre groupes de symptômes constants la caractérisent. Ce sont : 1° troubles des sens; 2° troubles de la locomotion; 3° troubles de la circulation; 4° des symptômes secondaires.

Aux *troubles sensoriels* se rattachent des conceptions fausses ou perverties pouvant aller jusqu'à un état qui a beaucoup d'analogie avec l'ivresse alcoolique, mais qui n'est jamais le délire réel, le malade gardant toujours la faculté de corriger par le raisonnement les illusions qu'il subit. Un symptôme non moins constant que les aberrations, c'est l'hyperesthésie des sens.

Les *troubles de la locomotion* consistent le plus souvent dans l'abolition du sentiment d'équilibre, causée par du vertige et les étourdissements. Il survient quelquefois de la paraplégie jusqu'à complète résolution des membres; d'autres fois il n'y a que de la parésie plus ou moins accusée, affectant presque tous les muscles du corps et se traduisant par une sensation de lassitude et d'épuisement; quelquefois encore il y a des impulsions involontaires, et le malade marche malgré lui dans des directions déterminées. D'autres fois la démarche est seulement hésitante, incertaine, mais à peu près normale comme attitude; dans d'autres cas enfin, il y a excitation au lieu de paralysie, et les malades sont poussés à marcher comme mus par un ressort. Ces divers troubles se succèdent souvent chez le même malade dans le cours de l'affection.

Les *troubles de la circulation* consistent surtout en une irritabilité du système vasculaire telle, que le moindre mouvement, comme de se mettre debout étant assis, ou sur son séant étant couché, amène une augmentation du pouls de 20, 30 et même 40 pulsations. Il y a, en outre, de fréquentes et violentes palpitations; elles sont spontanées ou provoquées par les causes les plus insignifiantes. En dehors des moments de contraction désordonnée du cœur, le pouls radial est petit, le plus souvent lent, mou, très-dépressible; il y a cependant parfois, surtout au début de la maladie, un ensemble de phénomènes simulant la fièvre, tel que le frisson, suivi, pendant un temps qui dépasse rarement une heure, d'un pouls large et vibrant, mais qui n'augmente guère de fréquence. La température du corps, pendant ces accès, monte d'un demi-degré, quelquefois, mais plus rarement, d'un degré. Ces accès, qui affectent un type presque périodique, cessent spontanément et n'apparaissent, du reste, qu'au commencement de la maladie.

©BIUM

Quant aux *symptômes secondaires*, ils sont purement individuels, et par conséquent variables ; nous nous contenterons de dire qu'il existe toujours une excessive irritabilité nerveuse qui se traduit d'une façon différente, suivant les individus.

Pendant la période la plus intense, il survient des lipothymies ; quelquefois, mais rarement, il y a syncope avec perte complète de connaissance. A ces troubles s'ajoute toujours une sensation d'angoisse précordiale presque continue, allant parfois jusqu'à la douleur la plus vive et affectant alors la forme de l'angine de poitrine.

L'invasion de la maladie est brusque et arrive avec une intensité extrême. C'est une véritable sidération du système nerveux dont le mode d'apparition est instantané. Les malades se souviennent pourtant, dans le cours de l'affection, d'avoir eu quelques avertissements, qui avaient passé presque inaperçus, tant ils étaient peu prononcés. Les symptômes sont constants, mais avec des moments de recrudescence très-accentués. Pendant toute la durée de la maladie, il n'y a jamais un seul instant de retour à l'état normal. Sa durée varie de deux à quatre ans ; quelquefois elle persiste beaucoup plus longtemps. Sa terminaison ordinaire est la guérison.

Cette affection se présente quelquefois avec une prédominance très-marquée d'un seul des principaux symptômes ; on la méconnaît alors aisément, si l'on n'a pas soin de s'enquérir des symptômes concomitants auxquels il sera toujours possible de reconnaître, même s'ils sont peu accentués, le type caractéristique de la maladie.

Elle affecte deux formes, l'une grave, l'autre légère. Un *criterium* invariable les distingue : c'est le sommeil. Dans la forme grave, les nuits sont agitées d'insomnies, de cauchemars, de palpitations et d'une grande surexcitation cérébrale (toujours sans délire). Dans la forme légère, au contraire, les malades dorment à peu près normalement. Il va sans dire qu'entre ces deux formes extrêmes il y a des états intermédiaires et des phases de rapprochement ; c'est toujours la même affection, mais elle apparaît avec des degrés d'intensité très-divers.

L'affection dont nous parlons est le plus souvent chronique ; nous avons pourtant recueilli une observation à marche et terminaison aiguës. »

Après avoir donné vingt-trois des observations les plus intéressantes qu'il a recueillies ou qui lui ont été communiquées,

©BIUM

M. Krishaber a étudié le mécanisme des phénomènes éprouvés par les malades en essayant de les rapporter à des lois physiologiques bien établies.

Voici comment l'auteur résume la physiologie pathologique de la maladie; « excitation du système nerveux central, cérébro-spinal et vaso-moteur, d'où sur-activité morbide ; les nerfs vaso-moteurs produisent la contraction des petits vaisseaux, leur rétrécissement et l'ischémie consécutive de certains départements des centres nerveux, d'où encore nutrition insuffisante et épuisement ; mais l'anémie et l'épuisement engendrent à leur tour l'excitation, le cercle vicieux pathologique se trouve constitué et les accidents deviennent continus, aux oscillations près, qui sont le caractère essentiel de tout trouble fonctionnel. »

La névropathie cérébro-cardiaque survient surtout chez des individus à tempérament nerveux. Les causes efficientes paraissent être des émotions très-vives et souvent répétées, dans lesquelles les impressions tristes dominent; des travaux intellectuels très-fatigants; des veilles prolongées obtenues artificiellement par des boissons excitantes; l'abus du tabac, plus rarement des excès vénériens ou alcooliques.

Le pronostic est presque toujours favorable ; la guérison peut être obtenue dans presque tous les cas, quand on emploie un traitement rationnel, un régime rigoureux et une hygiène sévère.

Voici ce que conseille à cet effet M. Krishaber :

Mettre le malade à l'abri d'impressions pénibles et douloureuses; lui épargner, dans la mesure du possible, toute contrariété ; combattre ses idées tristes et ses appréhensions avec une sollicitude sympathique et intelligente;

S'abstenir de tout travail intellectuel et des boissons excitantes, telles que le thé, le café, les spiritueux, mais non du vin et de la bière ;

Eviter les rapprochements sexuels ;

Renouvellement incessant de l'air dans l'appartement ; promenades en voiture ou à pied ; séjour l'été à la campagne, surtout dans les montagnes, à une certaine hauteur, l'hiver, dans le midi de la France, à Cannes, Menton, Pau ;

Bains tièdes, de deux à quatre heures de durée, pris le soir et répétés journellement pendant plusieurs semaines;

Des bains turcs (étuve chaude et sèche), suivis d'ablutions froides, produisent à peu près les mêmes résultats;

©BIUM

Hydrothérapie à l'eau froide, mais surtout la piscine et le drap mouillé ;

Bains froids à eau courante, surtout quand le courant est très-fort ;

Dans certains cas, électricité à courant, tantôt intermittent, tantôt continu ;

Éviter avec soin tous les médicaments névrosthéniques et notamment les préparations de quinquina, qui sont éminemment nuisibles.

Les troubles dyspeptiques sont combattus parfois avec succès par les alcalins, la craie préparée, le bi-carbonate de soude, les eaux de Vichy et de Vals.

Les antispasmodiques donnent en général de très-bons résultats, notamment l'assa fœtida en lavement, à la dose de 2 à 10 grammes, le musc, l'infusion de fleurs d'oranger, de tilleul, mais surtout la racine concassée de valériane en infusion, en extrait ou en poudre.

12° *Étude sur les maladies du bulbe rachidien* ; par M. le Dr Bourdon (n° 22).

L'auteur conclut en ces termes :

« De cette étude, il nous semble ressortir que si les lésions des parties antérieures du bulbe rachidien ne se traduisent pas par des symptômes assez caractéristiques pour conduire eux-mêmes à un diagnostic précis ; si, pour y arriver, on doit s'appuyer encore sur d'autres considérations puisées en dehors de ces symptômes, par contre les altérations des parties centrales et des parties postérieures de cet organe déterminent des symptômes assez pathognomoniques pour permettre de les diagnostiquer d'une manière presque certaine. »

13 *Des effets physiologiques et thérapeutiques des bromures de potassium et d'ammonium* ; par MM. Drs Edward H. Clarke et Robert Amory ; traduit de l'anglais par M. Labadie-Lagrave (nos 40, 41, 43 et 44).

Il n'est question en réalité dans ce travail que du bromure de potassium ; voici les résultats les plus importants obtenus par les auteurs :

Le bromure de potassium est très-promptement (une demi-heure environ) absorbé par les muqueuses et en particulier

©BIUM

par celles de l'estomac, quand il est sain et à l'état de vacuité.

Quand la muqueuse stomacale est irritée ou enflammée, l'absorption du bromure est laborieuse et difficile, et parfois même il est presque immédiatement rejeté.

Lorsque l'estomac contient des aliments et que la muqueuse est acide, le brome peut être mis en liberté et déterminer des vomissements. Il serait donc rationnel d'associer, dans tous les cas, le bromure à des substances alcalines, comme le fait Brown-Séquard.

Le bromure de potassium donné en poudre ou en solution concentrée est légèrement irritant et difficilement supporté ; il faut donc le prescrire en solution très-étendue (au centième par exemple) et le donner soit une demi-heure avant le repas, soit trois heures après.

On peut, en cas de besoin, administrer le bromure par le rectum, en le donnant en lavement à la dose de 50 centigrammes pour 30 gr. d'eau froide.

L'élimination des bromures se fait surtout par les reins. On en trouve des traces dans l'urine dix minutes après son administration, et la majeure partie est éliminée dans les huit ou dix premières heures, ce qu'il ne faut jamais oublier, quand on veut que l'action du médicament soit continue.

Les bromures sont mieux tolérés dans l'enfance et le premier âge que dans la vieillesse.

Chez l'adulte, le bromure de potassium, quand la dose est inférieure à un gramme, donné en une seule fois, produit rarement un effet thérapeutique appréciable.

A la dose de 1 gr. 50, le bromure produit une action sédative très-marquée sur tout le système nerveux, et détermine la somnolence et même le sommeil, ce que Hammond attribue à ce que le parenchyme cérébral est traversé par une moindre quantité de sang.

En réalité, le bromure de potassium, en déterminant la contraction des artérioles du cerveau et la déplétion passagère de leur contenu, peut produire le sommeil ou la veille, suivant l'état de congestion ou d'anémie de cet organe.

L'anémie cérébrale contre-indique donc l'emploi du bromure à dose hypnotique (1, 50 gr. à 2 gr.) Il produit au contraire de très-bons résultats dans les cas d'insomnie par hypérémie du cerveau.

Le bromure de potassium, à la dose de 1 gr. 50 à 2 gr. 50, peut souvent être associé très-utilement à l'opium, dont il augmente

©BIUM

l'action hypnotique et dont il corrige certains effets fâcheux, mais à la condition d'être donné une heure avant.

Quand au lieu d'une dose unique, on donne le bromure à doses continues, c.-à-d. en deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, les effets ne sont plus les mêmes. Dans le premier cas, le médicament est éliminé longtemps avant l'administration d'une nouvelle dose, tandis que dans le second, le sang est continuellement chargé de bromure.

La quantité quotidienne de la dose continue varie de 1 gr.50 à 6 grammes, donnés à intervalles égaux en trois ou quatre fois. Pour que l'action thérapeutique se manifeste chez l'adulte, il faut donner au moins 1 gr. 50 en trois fois et il est rarement nécessaire de dépasser 4 gr. 50.

Les phénomènes produits le plus ordinairement par le bromure donné à doses continues, sont : l'acné, la salivation avec sensation de saveur salée, la sécheresse et la rougeur du pharynx, l'anesthésie du voile du palais, l'haleine fétide, la polyurie, un sentiment de langueur physique et intellectuelle, parfois une diminution de la mémoire, un aspect général d'hébétement, de la somnolence, l'impuissance, la difficulté de la marche, la diminution de la sensibilité, mais surtout de la sensibilité réflexe, l'abaissement de la température, enfin l'amaigrissement.

Quand la quantité ou la continuité de la dose sont assez grandes pour devenir toxiques, les phénomènes cérébraux s'aggravent et peuvent arriver jusqu'à l'hébétude complète, aux hallucinations, à la paralysie.

Il faut dire cependant que lorsque l'on ne dépasse pas la dose thérapeutique, l'affaiblissement de l'intelligence est plutôt apparente que réelle ; l'esprit n'est qu'engourdi, et avec un peu d'énergie on retrouve toute son activité intellectuelle.

Dès qu'on suspend le traitement, d'ailleurs, l'engourdissement du corps et de l'esprit disparaît rapidement.

La diminution de la sensibilité réflexe est l'un des premiers phénomènes et des plus constants qu'on observe chez les malades soumis au traitement bromuré. Tous les auteurs sont unanimes à ce sujet.

La même observation s'applique à la sensibilité de la peau et des muqueuses.

Quant à l'action des bromures sur la nutrition, il n'y a pas trop lieu de s'en inquiéter. S'ils accélèrent la dénutrition, en effet, ils n'arrêtent pas le travail d'assimilation, et l'expérience

©BIUM

prouve que l'on peut, par un bon régime et des moyens analeptiques appropriés, neutraliser les effets dénutritifs des bromures et reconstituer l'organisme.

Une quantité donnée de bromure ingérée, en une seule fois, produit des effets toxiques moins prononcés que si elle est administrée en trois fois dans les vingt-quatre heures.

Les accidents de bromisme peuvent être déterminés par des doses de 2 à 4 grammes; mais en général on ne doit considérer une dose comme toxique, que quand elle dépasse 5 grammes en 24 heures.

Les symptômes de la dose toxique ne sont que l'exagération des effets thérapeutiques : haleine nauséeuse, congestion de l'arrière-bouche, aphonie, impuissance absolue, paralysie musculaire, embarras de la parole, abolition de la sensibilité réflexe, générale et spéciale; idées de suicide, asthénie cérébrale, stupidité, abaissement progressif de la température, dilatation et immobilité des pupiles, ralentissement des contractions du cœur et enfin mort, si l'on ne s'empresse de suspendre la médication bromurée.

14° *Les aliénés devant l'Assemblée nationale*; par M. le Dr Ach. Foville (nos 45 et 48).

M. Foville examine rapidement dans ce travail ce qui s'est passé depuis 1868 au sujet de la loi de 1838, rappelle les diverses commissions nommées sous l'empire et pendant le siége et enfin examine le projet de loi préparé par les soins de la Société de législation comparée et qui a été présenté à l'Assemblée nationale par MM. Théophile Roussel, Jozon et Desjardins. Bien que j'aie pris part à la rédaction de ce projet, je ne puis que m'associer aux critiques de M. Foville, par ce qu'elles sont justes, au moins pour la plupart, et que je les ai déjà formulées dans le sein de la commission.

L. Lunier.

Du suicide et de l'aliénation mentale dans les prisons cellulaires du département de la Seine; par C.-J. Lecour, chef de la 1re division à la préfecture de police, membre adjoint de la Commission d'enquête pénitentiaire.

I.

La loi du 5 juin 1875, sur le régime des prisons départementales, dispose que les inculpés, prévenus et accusés, seront, à

©BIUM

l'avenir, individuellement séparés pendant le jour et la nuit. Elle soumet également au régime de l'emprisonnement individuel les condamnés à un emprisonnement d'un an et un jour et au-dessous.

C'est l'admission en principe et l'application partielle du système cellulaire.

A l'occasion de cette loi, préparée par ses soins, la Commission d'enquête parlementaire sur le régime des établissements pénitentiaires a dû examiner les objections qui s'étaient déjà formulées en 1843, lors de l'adoption par la Chambre des députés du régime de la séparation individuelle, et qui se reproduisaient avec la même vivacité, en représentant la détention cellulaire comme une cause d'aliénation mentale et de suicides.

Le rapporteur du projet de loi, M. Bérenger (de la Drôme), a abordé cette double question. En ce qui touche les suicides, après avoir admis que, sur ce point, quelques chiffres sembleraient fournir un argument sérieux, il s'exprime ainsi dans son rapport :

« Les 75 suicides constatés à Mazas en 23 ans (1), font, en effet, ressortir, sur le chiffre moyen de la population, une proportion de 3 sur 1,000, deux fois supérieure à celle qu'offre l'ensemble de nos maisons départementales (1 sur 1,000).

» Mais les documents recueillis dans les autres maisons cellulaires et dans celles de l'étranger ne sont point d'accord avec ce résultat.

» La maison de la Roquette (2) n'a pas eu, en 36 ans, plus de 9 suicides. Un seul a été constaté à la Santé, depuis sa fondation, sur 1,361 détenus mis en cellule, soit, pour la première de ces prisons, 0.9, et pour la seconde 0.8, pour 1,000.

» A Christiania, 4 cas sur 13 années donnent pour une population moyenne de 4,943 détenus, 0.8 pour 1,000.

» Des cas très-rares de suicide se sont présentés en Hollande, dit l'honorable M. Voisin. Ils ne peuvent guère être imputés aux effets de la détention cellulaire prolongée, car ceux qui se sont suicidés étaient depuis peu de temps en état de prévention. La proportion serait cependant quelque peu supérieure à 1 sur 1,000.

» A Louvain, si la mort volontaire a fait 2 victimes sur 1,000 détenus, il faut, en même temps, constater qu'elle n'a

(1) De 1850 à 1873.
(2) Maison de jeunes détenus (Petite Roquette).

©BIUM

guère moins sévi dans la maison de Gand (1.9 au lieu de 2 sur 1,000).

» Aucun cas n'a été constaté en dix ans en Toscane.

» Sauf Mazas, les conditions semblent donc à peu près identiques pour les deux systèmes ; mais l'écart anormal qui se présente dans cette dernière maison n'est pas sans explication. Les faits qui y ont donné lieu ont eu trop de notoriété, ils ont excité une trop légitime émotion, pour qu'ils soient déjà oubliés.

» On ne peut nier aujourd'hui la contagion du suicide : de trop nombreux exemples en ont été cités par la science. Certaines époques, certains lieux, certains établissements ont vu tout à coup naître et croître cette funeste épidémie. C'est surtout dans les casernes qu'elle a exercé ses plus redoutables ravages ; on a vu l'administration contrainte de changer certaines garnisons pour couper court aux actes de découragement. La cause de ce phénomène n'a point échappé aux moralistes. L'homme que le dégoût de la vie ou de lui-même a familiarisé avec la pensée du suicide hésite longtemps devant l'accomplissement de son dessein. Il faut souvent un dernier choc pour vaincre la résistance suprême. Or, l'exemple est, de toutes les causes d'impulsion, la plus redoutable et la plus fréquente.

» C'est surtout parmi les hommes qu'une situation commune frappe des mêmes épreuves, que son influence est funeste. Ainsi s'explique la multiplicité d'actes de désespoir qui, s'entraînant l'un l'autre, ont affligé certaines villes militaires ; ainsi s'expliquent également les accidents répétés dont Mazas a été le théâtre de 1853 à 1859.

» L'isolement n'est point un obstacle à la contagion. Le dépôt du Palais de justice, non encore organisé suivant le système cellulaire, permettait aux prévenus journellement appelés devant le juge d'instruction de fréquentes et longues communications. L'absence de travail, presque complète alors, aidait au progrès du mal. C'est ainsi qu'on a compté 8 suicides en 1853 et 9 en 1859.

» De sages mesures ont depuis cette époque, coupé court au fléau. On a fait disparaître des cellules tous les objets propres à faciliter les mauvais desseins, une surveillance particulière a été organisée pour ceux des détenus que leur état d'abattement ou d'exaltation paraît signaler, et l'on peut dire que la situation exceptionnelle dont on s'est fait une arme si puis-

©BIUM

sante contre l'isolement a entièrement disparu depuis plus de treize ans.

» Cette dernière période a ramené à 1.3 sur 1,000, c'est-à-dire à une moyenne à peu de chose près identique à celle observée dans les maisons où règne l'emprisonnement collectif, la proportion si inquiétante que nous avons d'abord relevée. »

A l'appui de ces observations, M. Bérenger a produit des tableaux statistiques d'où ressortent les chiffres suivants :

Prisons départementales.

(Régime de l'emprisonnement collectif.)

Années.	POPULATION. Moyenne.	Suicides.
1866	16.660	19
1867	17.306	21
1868	17.295	25
1869	16.498	13
1870	14.338	11
Totaux....	82.097	89 (1)
Soit.....	0.1 °/₀	

Maisons centrales.

(Régime de l'emprisonnement collectif.)

Années.	POPULATION. Moyenne.	Suicides.
1866	14.794	6
1867	14.996	4
1868	15.346	2
1869	15.309	1
1870	13.609	1
Totaux....	74.054	14 (2)
Soit.....	0.010 °/₀	

Ces chiffres ne portent que sur la population (hommes).

(1) Pour la même période de temps, le nombre total des décès, dans ces établissements, a été de 3,558, et celui des cas d'aliénation mentale, de 1,849.

(2) De 1866 à 1870 inclusivement, il y a eu 2,856 décès dans ces maisons centrales et 242 cas de folie.

©BIUM

Prisons départementales.

(Régime de l'emprisonnement individuel.)

Noms des prisons.	Population (moyenne).	Suicides.	Proportion.
Mazas, 1850-1873 (23 ans).	24,949	75 (1)	0, 3 0/0
La Roquette, 1852-1873 (21 ans).	6,107	6 (1)	0,09 0/0
La Santé, 1867-1873 (7 ans).	2,399	2 (1)	0,02 0/0

Prisons étrangères cellulaires.

Prisons.	Population (moyenne).	Suicides.	Proportion.
Belgique : Louvain (Maison centrale), 1860-1873.	6,966	16 (2)	0,20 0/0
Hollande : Amsterdam (Maison de correction), 1862-1871.	1,870	0	0
Hollande : autres prisons cellulaires (Maison d'arrêt et de correct.), 1862-1871.	2,881	5	0,17 0/0
Norwége ; Aagebert (Maison de correct. de Christiana), 1851-1873.	4,943	4	0,08 0/0
Italie : (Prisons de Toscane), 1849-1858.	12,981	0	0

En présence de ces faits, il semble, dit M. Bérenger, n'y avoir qu'une chose à conclure : « La cellule ne produit pas par elle-même le suicide, mais elle lui donne des facilités plus grandes et exige une plus exacte surveillance.

« Si maintenant, continue-t-il, embrassant d'un coup d'œil d'ensemble toutes les données que nous avons empruntées à la

---

(1) Pendant ces mêmes périodes de temps, il y a eu :
A Mazas, 314 décès et 493 cas d'aliénation mentale.
A la Roquette, 125 — 24 —
A la Santé, 53 — 20 —

(2) A ces chiffres correspondent savoir :
Pour la Maison centrale de Louvain; 103 décès, 20 cas de folie.
Pour la Maison de correction d'Amsterdam, un cas d'aliénation mentale; le chiffre des décès n'a pas été indiqué.
Pour les prisons cellulaires de la Hollande, 23 décès, 8 cas de folie.
Pour la Maison de correction de Christiania, 30 décès, 56 cas d'aliénation mentale.
Pour les prisons de Toscane, 469 décès, 36 cas de folie.

©BIUM

statistique, nous résumons en un seul chiffre tout ce que la mort, le désespoir où le trouble des facultés ont fait de victimes sous l'un et l'autre régime, nous trouvons pour les maisons cellulaires les nombres suivants :

» Louvain, 19 détenus sur 1,000.

» Mazas, 35 ; la Santé, 31 ; la Roquette, 25 ; Aageberg ou Christiania, 18 ; les prisons de Hollande, 12 ; celle de Toscane, 38 (1).

» Voilà le bilan de la cellule :

» Celui de l'emprisonnement collectif est loin d'être aussi favorable. Sans remonter au-delà des cinq dernières années résumées dans les statistiques du ministère de l'Intérieur, il représente, pour l'ensemble de nos maisons départementales, une proportion de 66 détenus sur 1,000, presque double de Mazas, supérieure même au chiffre le plus élevé de la Roquette, et pour nos maisons centrales, une moyenne de 42 sur 1,000, une fois et demie plus élévée que celle de Louvain. »

Dans ces conditions, pourquoi l'opinion que la cellule est à la fois funeste à la santé et à la raison est-elle encore partout répandue ?

Il faut lire dans le rapport l'éloquente réponse faite par M. Bérenger à cette question qu'il s'est posée lui-même. Cette réponse débute ainsi :

« Pour proclamer l'inhumanité du système, pour prouver la révolte qu'il doit causer à l'être tout entier et les accidents qui menacent à la fois son organisation physique et son économie intellectuelle, on compare les prétendues angoisses de l'isolement avec les conditions ordinaires de la vie libre.

» Le point de départ est faux. Pour apprécier avec équité ce que la cellule impose de souffrances au détenu, ce n'est point la liberté qu'il faut prendre pour terme de parallèle, c'est ce qu'un auteur appelle la vie prisonnière. »

Ici se place un tableau saisissant du supplice qu'inflige les abjectes promiscuités de l'emprisonnement commun et des périls de tous genres dont elles menacent les libérés.

II

Ce préambule était nécessaire pour aborder l'examen de détail de la question, en ce qui concerne les prisons soumises

(1) Voir plus haut le chiffre des décès, suicides et cas d'aliénation mentale.

©BIUM

au système cellulaire existant dans le département de la Seine.

« A l'heure actuelle, dit M. le vicomte d'Haussonville, rapporteur de l'enquête pénitentiaire, le régime de l'isolement n'est plus appliqué en France que dans certaines prisons du département de la Seine : à Mazas, pour les prévenus (hommes); à la Conciergerie, pour les accusés; à la Santé, pour certaines catégorie de condamnés arbitrairement choisies ; enfin à Tours, dans le quartier de la prison réservé aux femmes.»

Il y avait lieu d'écarter de l'étude à faire sur ce point la nouvelle Maison de justice (Conciergerie) réservée aux accusés à la veille de passer devant les assises, et qui, en cours de construction, n'a pas encore de préaux cellulaires, et le quartier des femmes de la prison de Tours auquel on ne pourrait opposer avec fruit un terme quelconque de comparaison.

C'est donc, en définitive, sur Mazas, sur le quartier cellulaire de la Santé et aussi, comme on l'a vu par le rapport de M. Bérenger, sur la Maison cellulaire des jeunes détenus (Petite Roquette) qu'a reposé tout entier l'examen du fonctionnement du régime de l'emprisonnement individuel dans notre pays.

La nécessité où se trouvait le rapporteur du projet de loi de traiter la question dans son ensemble, et, par voie de comparaison, non-seulement entre les prisons départementales et les maisons centrales de France, mais avec les établissements pénitentiaires de l'étranger soumis, soit au régime en commun, soit à celui de l'isolement de jour et de nuit, ne lui permettait pas d'analyser les chiffres et les espèces, et d'entrer, à leur sujet, dans des explications détaillées.

Ce sont ces renseignements et ces considérations accessoires, dont la signification présente une grande importance, que nous allons indiquer sommairement.

On a remarqué que le débat s'établit entre les conditions de la vie libre et celles de la vie *prisonnière*. Aux suicides dans la cellule on a opposé ceux de la prison en commun. Pour que les termes de comparaison soient complets, il reste à se rendre compte de ce que sont les suicides de la vie libre.

La statistique judiciaire contient sur ce sujet de désolantes révélations. Le nombre des suicides augmente en France d'année en année et dans des proportions considérables. Il était de 2,340 en 1836; de 3,102 en 1846, de 4,189 en 1856 ; de 5,119 en 1866. En 1868, il atteint le chiffre de 5,547. Les commo-

©BIUM

tions politiques, la guerre, le siége, l'insurrection enlèvent au suicide des existences qui se perdent dans la tourmente, et c'est ainsi que les chiffres des suicidés descendent à 5,114 en 1869; à 4,157 en 1870; à 4,490 en 1871, pour remonter, en 1872, à 5,275.

Ces chiffres démontrent que, dans une période de 37 ans, le nombre des suicides a doublé en France. Chose navrante, qu'il y a lieu de noter en passant, sur les 141,076 suicides accomplis pendant cette période de temps, les enfants au-dessous de 16 ans figurent pour un chiffre de 937, dont 1 de 6 ans; 4 de 7 ans; 13 de 8 ans; 10 de 9 ans; 27 de 10 ans; 41 de 11 ans; 76 de 12 ans; 163 de 13 ans; 234 de 14 ans; 368 de 15 à 16 ans.

Il y aurait à faire à ce sujet, au point de vue religieux et social, une étude qui serait du plus haut intérêt. Dans tous les cas, et pour rester sur le terrain pénitentiaire, il convient de faire une part à cette progression dans les suicides de la cellule.

On a beaucoup parlé des suicides de Mazas. Il importe, avant tout, de ne pas oublier que cette prison est une maison d'arrêt, c'est-à-dire une maison de prévention où le détenu se trouve, soit sous le coup de poursuites judiciaires, dont les conséquences sont pour lui une cause d'angoisses, soit sous le coup de récentes condamnations et des émotions qu'elles entraînent. Ce sont ces angoisses et ces émotions qui conduisent au suicide.

La maison d'arrêt cellulaire Mazas a été ouverte le 20 juin 1850.

Depuis cette époque jusqu'au 1er juin 1875, il s'y est produit 79 suicides. Savoir :

Années.	Suicides.	Années.	Suicides.
1850	3	Report	56
1851	8	1864	2
1852	5	1865	2
1853	8	1866	»
1854	5	1867	»
1855	6	1868	5
1856	3	1869	3
1857	1	1870	1
1858	4	1871	2
1859	9	1872	1
1860	1	1873	2
1861	1	1874	4
1862	2	1875	1
1863	»	Total	79
	56		

©BIUM

Ce chiffre se décompose ainsi :

2	détenus se sont tués,	le jour même	de leur arrivée.	
15	après un séjour de	1	jour à	5 jours.
10	—	5	—	10
8	—	10	—	15
5	—	15	—	20
2	—	20	—	25
5	—	25	—	30
25	—	1	mois à	2 mois.
4	—	2	—	3
2	—	3	—	6
1	—	d'une année.		
Total. 79				

Hâtons-nous de faire remarquer que ce dernier détenu, qui avait séjourné un an en cellule, avait dû, comme condamné, être placé à part, en raison de la dépravation de ses mœurs; *qu'il devait être mis en liberté le lendemain*, et qu'il a motivé sa résolution d'en finir avec la vie sur son impuissance à résister à ses honteuses habitudes.

Il ressort des chiffres qui précèdent que 35 des détenus dont il s'agit n'ont pas séjourné plus de 15 jours en cellule; 12 plus d'un mois; 25 plus de 2 mois; 4 plus de 3 mois.

Des deux suicidés qui ont fait un séjour de 3 mois à 6 mois, l'un était détenu pour fabrication et émission de faux billets de banque, et l'autre était un repris de justice pseudonyme, dont il importait d'établir le véritable état civil.

Huit venaient d'être frappés de condamnation; neuf se trouvaient à la veille de passer en justice; deux considéraient comme inévitable leur condamnation aux travaux forcés; un était un mendiant libéré, employé, sur sa demande, à des travaux de propreté dans la maison d'arrêt cellulaire et qui n'avait qu'à solliciter sa relaxation pour l'obtenir immédiatement; un, qui était un repris de justice, paraît n'avoir voulu faire qu'une simulation de suicide; il avait choisi, pour se pendre, le moment où l'on ouvre les cellules pour la promenade, et il avait pu croire qu'on arriverait à temps pour le détacher. La longueur de la corde, la flexion des jambes confirmaient cette impression. D'après le rapport médical, le détenu venait de manger, et c'est autant à cette circonstance qu'à la suspension pure et simple qu'il faudrait attribuer la mort. Un détenu explique son suicide par le chagrin que lui cause l'inconduite de sa femme. Un autre, mendiant d'habitude, est signalé par le médecin, comme atteint de *delirium tremens*.

©BIUM

Deux se plaignaient de maux de tête et de congestion et ils faisaient l'objet d'observations médicales; plusieurs étaient des habitués de prison, maladifs, taciturnes, usés.

Sur ces 79 malheureux :

7 avaient paru affligés;

34 n'avaient donné lieu à aucune remarque;

38 se montraient résignés : certains paraissaient gais, plaisantaient même ; plusieurs avaient exprimé le désir d'obtenir soit du travail, soit un emploi au service de propreté; l'un d'eux demandait du fil et une aiguille pour raccommoder ses vêtements ; trois avaient écrit la veille pour qu'on vînt les voir; un annonçait par lettre que sa résolution de suicide lui était venue subitement.

Si attristants que soient ces renseignements au point de vue des misères morales et des désespoirs qu'ils révèlent, il est impossible d'en tirer la conclusion qu'un seul des suicidés de Mazas ait été amené à mettre fin à sa vie pour échapper à ce qu'on a appelé la torture de la solitude. Il y a eu pour chacun de ces actes de découragement suprême des causes multiples, parmi lesquelles la détention peut et doit figurer dans une large mesure, mais non pas la cellule.

Jusqu'à quel point l'emprisonnement individuel facilite-t-il l'accomplissement du suicide ? La réponse n'est pas douteuse venant de la part de quiconque se laisse, sans réflexion, influencer par les 79 suicides de Mazas. Mais la question ne peut se poser ainsi. Il faut, avant tout, faire la part du caractère de cette prison comme maison d'arrêt. On a vu, d'ailleurs par les chiffres contenus dans les rapports de M. Bérenger (de la Drôme), que toutes proportions gardées, la mortalité est plus grande dans les prisons du régime en commun que dans les prisons cellulaires. Il convient, en outre, de remarquer que tous les calculs du rapport ont dû, pour faciliter les comparaisons avec les documents de l'étranger, être basés sur la population moyenne de chaque établissement pénitentiaire. Or, il eut été plus rigoureusement exact, dans la circonstance, d'opposer au nombre des suicides annuellement constatés dans la prison le nombre des détenus y ayant séjourné pendant le même laps de temps. Cette forme de calcul appliquée à Mazas produirait pour les 25 années écoulées de juin 1850 à juin 1875 un chiffre total de 202,668 détenus ayant séjourné dans cette prison, chiffre qui, combiné avec les 79 suicides constatés pendant la même période de temps, donnerait une

©BIUM

proportion de 1 suicide pour 2,565 détenus soit 0,38 pour 1,000.

Quant aux modes de perpétration de ces 79 suicides, ils se divisent ainsi :

Strangulation et suspension	74
Instruments tranchants	4
Chute volontaire d'un lieu élevé	1
Total	79

Le suicide par suspension est la forme la plus commune dans les suicides de la vie libre. Il devait en être de même dans ceux de la captivité. On peut toujours se procurer un lien ; on en forme d'ailleurs avec des lambeaux d'étoffe. Sauf le cas où l'on serait enfermé dans un cachot, sans meubles, ouverture ou saillie, on peut toujours arriver à la suspension et à l'asphyxie.

L'administration a vainement modifié, à diverses reprises, le système d'occlusion des fenêtres des cellules de Mazas, afin qu'elles n'offrissent pas de facilités pour la pendaison. Le point d'attache, supprimé d'un côté, a été trouvé ailleurs ; à la grille du ventilateur, à la planche dont est munie la cellule, au bec de gaz. Huit des suicides par strangulation ont eu lieu à l'aide de ce dernier appareil, auquel les détenus se sont *pendus assis*. Quatre détenus se sont étranglés, à l'aide d'une sorte de garrot formé d'un mouchoir ou d'un lien quelconque, tordu au moyen d'une cuillère ou d'un sabot. Un autre prisonnier s'est pendu dans le promenoir ; un s'est précipité du haut d'une galerie sur les dalles. Certains s'étaient tamponné la bouche ou attaché les membres, afin d'empêcher des cris ou des mouvements susceptibles de donner l'éveil.

Tous ces suicides ont été accomplis dans des conditions qui indiquaient une volonté énergique et qui déjouaient la surveillance, laquelle, cela se conçoit, peut être exacte et attentive, sans être continue. Fût-elle même permanente, la surveillance n'arriverait pas à empêcher les suicides, alors que les nécessités du travail mettent journellement aux mains des prisonniers des instruments tranchants et aigus.

La promiscuité des prisons ordinaires ne peut d'ailleurs faire absolument obstacle à l'isolement momentané du prisonnier ; les latrines du régime en commun deviennent des lieux de

©BIUM

suicides (1). N'a-t-on pas vu les détenus s'étrangler dans les salles communes, sans que l'attention de leurs coprisonniers ait été éveillée ? Quant au détenu en cellule, familiarisé avec les heures de visites et de promenoirs, de distribution de vivres et de travail, il suit et devine les mouvements de son gardien, dont il trompe, dans certains cas, la vigilance à l'aide d'un mannequin placé sur son hamac et qui fait croire à son sommeil, et il arrive à régler avec certitude l'exécution de son projet. Il suffit de la volonté pour sortir de la vie. Les moyens abondent.

On pourrait donc facilement multiplier les exemples où la perpétration du suicide s'est faite malgré la plus active surveillance. Il y a sur ce point des faits saisissants : je n'en citerai qu'un ; il est d'hier.

Profitant du moment où l'on venait de lui enlever la camisole de force, X..., condamné à mort, s'est, avec les ongles, perforé le cou, sous le menton, et y a enfoncé son pouce, dont il se servait comme d'un villebrequin, afin d'atteindre l'artère carotide. Ses forces le trahirent avant même qu'on ait eu le temps de s'apercevoir de sa tentative, et il eut une défaillance causée par la perte de son sang qui inondait le lit .... Un instant on le crut mort.» (*Gazette des tribunaux*, du 25 juin 1875.)

Ce qui peut réellement prévenir les suicides, c'est-à-dire préserver du découragement le prisonnier isolé, l'administration s'efforce de le faire. On en trouvera la preuve dans ce passage des instructions adressées par le préfet de police (M. L. Renault) aux directeurs de la maison d'arrêt cellulaire à Mazas et de la maison de correction de la Santé : « Votre préoccupation, messieurs, doit surtout se porter sur les formes et les précautions de tous genres qu'exige impérieusement l'application du régime cellulaire. Il importe, au plus haut degré, que l'emprisonnement individuel, dont le but principalement est de préserver le détenu du contact et de la connaissance des autres prisonniers, ne s'exécute pas dans des conditions qui le transformeraient en un isolement absolu, susceptible de produire un abattement d'esprit et une tendance au suicide. Ce qu'il faut, c'est que le détenu en cellule, et de préférence celui qui n'est pas condamné à de courtes peines, soit assidû-

(1) En août 1873, une détenue de Saint-Lazare s'est pendue aux barreaux de la fenêtre d'un cabinet d'aisances.

©BIUM

ment visité par le directeur, l'aumônier, le médecin, les surveillants, le contre-maître des travaux industriels, et qu'on s'efforce de multiplier, s'il est possible, ses contacts avec sa famille. Le directeur, l'aumônier, le médecin, doivent, après un examen général des détenus confiés à leurs soins, porter leur sollicitude, d'une manière particulière, sur ceux des prisonniers dont l'état moral commande des ménagements et des efforts. Dans le cas où l'un de ces prisonniers paraîtrait, par sa disposition d'esprit ou son tempérament, être hors d'état de supporter l'emprisonnement individuel, il devrait être signalé au médecin, lequel serait appelé à formuler son avis sur les mesures exceptionnelles dont ce détenu devrait être l'objet. »

D'autres instructions, spécialement adressées au directeur de la maison de correction de la Santé, recommandent de provoquer la visite, par leur famille ou leurs amis, des condamnés à des peines assez longues subies en cellules, et qui ne sont pas visités. Il a été entendu qu'on pourrait, dans ce cas, accorder des permis de communiquer à des visiteurs non parents, lorsqu'on posséderait sur leur compte des renseignements favorables.

S'il était nécessaire d'insister sur ce fait que Mazas, *maison d'arrêt*, se trouve, à ce titre, dans des conditions spéciales en ce qui touche, pour sa population, les tendances au suicide, il suffirait, pour le constater, d'examiner, sous les mêmes rapports, le quartier cellulaire de la maison de correction de la Santé, lequel est matériellement établi dans les mêmes conditions que Mazas.

Ce quartier comprend 500 cellules; il a été ouvert le 21 août 1867. Depuis cette époque jusqu'au 1er juin 1875, il a renfermé 20,470 condamnés, dont deux seulement se sont suicidés, l'un en 1869, l'autre en 1873; ce qui donne une proportion de 1 suicide sur 10,235 détenus ou 0,09 pour 1,000.

Ces individus, condamnés à six mois de prison pour vol, se sont pendus. Le premier avait été écroué la veille; le second était depuis huit jours en cellule.

Jusqu'à la promulgation de la loi du 5 juin 1875, la maison de correction de la Santé recevait dans son quartier cellulaire :

1° Quelques prévenus qu'on y envoyait, faute de place à Mazas;

2° Les condamnés âgés de moins de 20 ans;

3° Les condamnés jusqu'à un mois inclusivement;

4° Les condamnés pour délits de mœurs (pédérastie);

©BIUM

5° Et, enfin, les condamnés qui demandaient à finir leur peine en cellule.

Ces diverses catégories de condamnés étaient les seules auxquelles l'administration croyait devoir appliquer le régime cellulaire, alors que ce régime n'était pas légalement imposé.

Il n'était pas possible, faute de place, d'accueillir toutes les demandes d'emprisonnement individuel.

De 1869 au 1er juin 1875, le nombre des condamnés admis, sur leur demande, dans le quartier cellulaire, s'est élevé à 849, dont 574 condamnés à moins de 6 mois ; 209 de 6 mois à 1 an; 35 de 1 an à 2 ans; 19 à plus de 2 ans.

En admettant, ce qui serait pourtant très-contestable, que ces condamnés, qui s'étaient soumis volontairement à l'emprisonnement individuel, se trouvaient, par cela même, préservés d'impulsions au suicide, il ne faut pas oublier que, déduction faite du chiffre de 849, il reste 19,841 condamnés placés d'office sous le régime cellulaire, et chez lesquels on aurait vu se produire des suicides dans la même proportion qu'à Mazas, s'il ne s'était agi de condamnés.

Ajoutons, comme renseignement complémentaire, que pendant la période de temps correspondante, mais d'un peu plus de durée, attendu que la prise de possession du quartier en commun de la maison de correction a eu lieu dans les derniers mois de 1868, ce quartier, qui a reçu 17,346 condamnés, n'a vu se perpétrer qu'un seul suicide, lequel avait sa cause dans des chagrins de famille. La proportion qui ressort de ces derniers chiffres est de 0,05 sur 1,000 détenus.

M. O. d'Haussonville, rapporteur de l'enquête pénitentiaire, n'avait pas cru devoir indiquer la maison des jeunes détenus (Petite Roquette) parmi les établissements sur lesquels portait l'examen de la question de l'emprisonnement cellulaire.

Aux prises avec les adversaires de la cellule et leurs arguments tirés de la statistique des suicides, M. Bérenger (de la Drôme) a dû, ne fût-ce que pour se mettre à même de répondre aux objections relatives à l'isolement des jeunes détenus, rechercher les enseignements fournis par la pratique de l'encellulement à la Petite Roquette.

Cet établissement, ouvert en 1837, est soumis au régime cellulaire depuis 1840. C'est une épreuve de 35 ans. Elle aurait pu fournir un élément considérable d'appréciation, mais les documents qui s'y rattachent et qui étaient conservés par la préfecture de police ont été détruits par les incendies de la Commune.

©BIUM

Les recherches auxquelles on s'est livré n'ont pas permis de refaire complétement la statistique. Telle qu'elle a pu être reconstituée, elle est muette sur différents points et elle présente, en outre, une lacune de deux années (1850 et 1851). — Quoi qu'il en soit, elle embrasse une période de 33 ans, pendant laquelle se sont produits douze suicides :

1	en	1840	1	en	1852
1	—	1841	1	—	1853
1	—	1848	1	—	1854

On n'a pu retrouver aucune pièce de nature à renseigner sur le caractère de ces suicides. Il n'en est pas de même pour les cas postérieurs à 1854. Il y en a eu :

1	en	1856	1	en	1863
1	—	1861	1	—	1867
2	—	1862			

Ces six derniers suicides ont été accomplis par strangulation.

Le suicide de 1856 n'a aucune signification dans la circonstance. Il s'agit d'un homme de 45 ans, admis, en 1849, à titre d'hospitalité pour être employé aux travaux de propreté dans l'établissement d'où il pouvait sortir sur sa demande.

En écartant ce cas de suicide comme étant sans intérêt au point de vue de l'emprisonnement individuel des jeunes détenus, il n'en reste, en définitive, que 11 en 33 ans.

Les renseignements font défaut sur le suicide de 1861. Des deux suicidés de 1862, l'un était en cellule depuis 5 mois, l'autre depuis 5 jours. Le suicide de 1863 a eu lieu le lendemain de l'entrée du jeune détenu; celui de 1867, après 21 jours d'encellulement.

Il est utile de faire connaître qu'en 1873, année pendant laquelle le chiffre des entrées s'est élevé à 1609, trois tentatives de suicide ont été faites par des jeunes détenus, l'un écroué la veille, les deux autres depuis vingt-six jours.

En calculant sur 31,405, total approximatif des jeunes détenus entrés dans la maison de la Petite Roquette, de 1840 à 1875 (1850 et 1851 exceptés), on arrive à la proportion de 0,34 sur 1,000.

On a vu plus haut que pour Mazas la proportion est de 0,38 et celle du quartier cellulaire de la Santé de 0.09.

On a pu constater qu'aucun de ces suicides n'a correspondu à un long séjour en cellule.

En présence de ces renseignements qui donnent aux chiffres de statistique leur véritable signification, il n'est plus possible

©BIUM

d'imputer à l'encellulement, comme on l'a fait d'une manière absolue, les suicides accomplis dans les prisons cellulaires de la Seine.

Voyons maintenant ce que le même procédé d'examen a produit en ce qui touche les cas d'aliénation mentale constatés dans ces établissements.

III.

La destruction des archives de la préfecture de police en 1871 ne permet pas de faire porter les vérifications d'espèces sur d'autres années que celles de 1872, 1873 et 1874, mais, bien que réduites à ces termes, ces vérifications n'en seront pas moins concluantes.

Le bilan de Mazas, de la Santé et de la Petite Roquette, a été pour cette période triennale de 125 cas d'aliénation mentale.

Savoir :

	1872	1873	1874
Mazas	21	54 (1)	34
La Santé (quart. cellul.)	2	4	7
Petite Roquette. . . .	1	1	1
	24	59	42
		125	

Ces différents chiffres opposés au nombre des entrées pendant le même laps de temps, et qui ont été de 24,172 pour Mazas, de 9,008 pour le quartier cellulaire de la Santé, et de 4,738 pour la Petite Roquette, donnent les proportions suivantes :

4.50	pour	1,000	à Mazas.
1.44	—	1,000	à la Santé (quartier cellulaire).
0.63	—	1,000	aux Jeunes-Détenus.

Quant au quartier en commun de la maison de correction de la Santé, dont les entrées ont été de 11,888 pour 1872, 1873 et 1874, il s'y est produit 22 cas d'aliénation mentale, soit une proportion de 1,85 pour 1,000 condamnés.

On verra plus loin que pour tous ces établissements, l'examen d'espèce fait descendre la proportionnalité à une fraction très-minime.

(1) Le chiffre de la statistique est de 56, mais il convient d'en retrancher deux cas où le même individu figure pour deux accès de folie dans la même année.

©BIUM

En ce qui s'applique à la durée du séjour en cellule, les cas de folie se répartissent ainsi :

	Mazas.	Santé (quart. cel.).	Petite Roquette
Le jour de l'arrivée	2	3	0
Séjour de 1 jour à 5 jours.	6	0	0
— 5 — 10	9	1	0
— 10 — 15	5	3	1
— 15 — 1 mois	31	3	0
— 1 mois à 2	32	1	1
— 2 — 3	11	0	0
— 3 — 4	6	0	0
— 4 — 5	2	0	0
— 5 — 6	3	2	0
— 6 — 7	1	0	0
— 8 — 9	0	0	1
— 10 — 11	1	0	0
	109	13	3

Il convient de faire remarquer qu'un détenu dont l'aliénation mentale a été constatée dans le quartier cellulaire de la Santé, avait séjourné en cellule à Mazas pendant 3 mois et 27 jours.

Même avec cette restriction les chiffres de la durée du séjour en cellule ne fournissent pas d'argument sérieux contre l'isolement du détenu. Il en serait autrement qu'on ne devrait pas perdre de vue que le moment où l'état de trouble mental arrive à fixer l'attention est souvent assez éloigné du début réel de la maladie.

Dans tous les cas, l'examen minutieux des documents administratifs et médicaux relatifs aux détenus ayant donné des signes d'aliénation mentale aboutit aux résultats qui vont être indiqués ci-après, et qui, dans la plus large mesure, mettent hors de cause sur ce terrain, comme sur celui du suicide, la cellule pénitentiaire.

37 de ces détenus avaient déjà été traités comme aliénés (1).

19 avaient donné des signes de folie avant leur incarcération, ou le jour même de leur arrrestation(2).

4 étaient désignés comme affectés de folie héréditaire.

---

(1) Dans ce nombre, il y a 12 alcooliques, 6 épileptiques, un cas d'hérédité.

(2) Ce chiffre comprend deux cas d'alcoolisme et deux cas d'épilepsie.

©BIUM

39 étaient épileptiques ou avaient des habitudes d'alcoolisme anciennes.
5 avaient, avant leur arrestation, éprouvé des accidents cérébraux, de grands chagrins ou des émotions de nature à expliquer leur trouble mental.
18 étaient étrangers ou n'avaient pu faire l'objet d'aucune enquête. On ignorait leurs antécédents (1).
3 ont été signalés comme simulant le trouble mental.

125

Etant donnés ces chiffres et renseignements et en procédant par l'élimination des cas pour lesquels il est établi que l'aliénation mental tient à des causes antérieures à l'arrestation, la proportion des espèces où la folie pourrait être attribuée à l'influence de la cellule repose sur ces deux termes :

18, nombre des cas où les renseignements d'antécédents font défaut ; — 37,918, nombre des entrées en cellule.

Ce qui donne comme résultat : 0,55 pour 1,000.

Or, si l'on tient compte de ce fait que sur les 125 cas d'aliénation mentale portés sur la statistique de la cellule, on en trouve 107 qu'il ne peut être question d'imputer à l'emprisonnement individuel, il y a lieu d'admettre que les 18 cas de folie à l'égard desquels on manque absolument de renseignements quant aux antécédents et aux causes de trouble mental, doivent subir la même réduction. — La proportion se réduirait donc finalement, et sur le terrain de l'inconnu, à 3 cas, soit 0,08 pour 1,000.

En prenant pour base les chiffres du dernier recensement (1872), soit pour le département de la Seine, 2,220,660 habitants, et opposant à ce nombre celui de 3,067 aliénés séquestrés dans les asiles publics de ce département pendant la même année, on arrive, pour l'état libre, à une proportion d'environ 1.38 pour 1000.

Il importe, en outre, de faire remarquer que parmi les inculpés arrêtés, lesquels sont dirigés d'abord sur le dépôt de la préfecture de police, un grand nombre donnent, en entrant au dépôt, des signes de folie, et que, sauf le cas d'une inculpation grave, il est immédiatement pourvu, après examen médical, à leur transfèrement comme aliénés dans l'asile Sainte-Anne. Il y a eu 1,857 mesures de ce genre pendant les années

(1) Ce nombre comprend un cas d'habitude de masturbation et un cas de démence sénile.

©BIUM

1872, 1873 et 1874. — Ce fait mérite d'être noté, attendu qu'il s'agit de cas d'aliénation mentale se révélant dès l'arrestation.

Avec la rapidité d'exécution qu'entraîne l'application de la loi de 1863 sur les flagrants délits et les graves inconvénients qu'il y aurait à procéder d'une manière sommaire, pour des délits très-caractérisés ou des crimes, à l'égard d'inculpés dont la folie pourrait être simulée, l'autorité judiciaire est forcément amenée à mettre en mandat de dépôt à Mazas, des inculpés qu'il y a lieu de tenir pendant un certain temps en observation sous le rapport mental. Il en résulte donc pour la statistique spéciale, des cas de folie à l'égard desquels l'emprisonnement n'a exercé aucune action.

On a pu noter aussi quelques espèces où l'aliénation mentale, conséquence d'habitudes d'ébriété et d'excitations extérieures, avait disparu sous l'influence du régime pénitentiaire et de l'emprisonnement individuel. Je n'indique ces détails qu'à titre d'éléments d'appréciation et sans autre but que de réagir, par des démonstrations de fait et non par de simples chiffres de statistique, contre certaines exagérations qui ne vont à rien moins qu'à représenter la cellule pénitentiaire comme une cause principale de suicide ou de folie.

Ce qui est vrai, et M. Bérenger (de la Drôme) l'a très-bien dit, c'est que la séparation individuelle réunit, au plus haut point, les trois conditions essentielles d'une bonne répression : le châtiment, l'intimidation, l'amendement.

Ce qui n'est pas moins vrai, c'est que ce mode de détention n'est ni la solitude, ni l'oisiveté.

Quel est, en effet, le caractère de l'emprisonnement cellulaire ?

« Le détenu, isolé seulement de ses compagnons de captivité, communique avec les services de la prison, ses parents les plus proches, l'aumônier, les membres des Sociétés charitables. L'enseignement primaire ou professionnel, les instructions morales ou religieuses, le travail occupent ses journées. Une promenade quotidienne au grand air ranime ses forces. (Rapport, page 43.)

Avec la loi nouvelle on peut ajouter, ce qui n'était que désiré, qu'une réduction dans la durée de la peine compense ce que ce système de détention a de rigoureux.

Si, dans ces conditions, le prisonnier défaille et sombre dans la folie ou dans la mort volontaire, on peut se demander s'il

©BIUM

n'en aurait pas été de même alors que cet individu se serait trouvé, à l'état libre, aux prises avec de dures épreuves sous d'autres formes.

(*Archives générales de médecine*, nº d'août 1875.)

JOURNAUX BELGES

Années 1870, 1871 et 1872 (1).

Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles.

1° *Sur la grossesse compliquée d'hémorrhagie cérébrale*; par le Dr Putegnat (avril 1870).

M. Putegnat publie sous ce titre deux observations intéressantes : la première d'aphasie avec hémiplégie droite; la seconde de légère hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie.

Après avoir discuté les opinions émises par les auteurs qui ont écrit sur la matière, M. Putegnat conclut en ces termes :

« La gestation ne semble pas disposer particulièrement à » l'apoplexie sanguine cérébrale; celle-ci, toutes autres circons- » tances égales, d'ailleurs, ne paraît pas plus grave à cause de » la grossesse : elle se montre spécialement dans le dernier » tiers de la durée de la grossesse. Le traitement de l'hémor- » rhagie cérébrale compliquant la gestation n'offre aucune » indication particulière. »

2° *Rapport médico-légal sur l'état mental de Mme X... accusée de vol ; folie morale ou monomanie raisonnante*; par le Dr de Smeth (juillet 1871).

Ce rapport qui contient, en dehors de l'exposé des faits, quelques considérations générales intéressantes sur les caractères de la folie morale, se termine par les conclusions suivantes :

1° Mme X... est atteinte de folie morale ou monomanie raisonnante;

2° L'acte qui lui est imputé aujourd'hui ne se distingue point

(1) Voy. *Annales médico-psychologiques*, 1871, t. V, p. 276.

©BIUM

de tous les actes qu'elle a commis depuis quelques années et qui ont déjà nécessité son interdiction et son isolement dans différentes maisons de santé; il relève de la même perversion morale, de la même impulsion morbide et entraîne par conséquent la même irresponsabilité;

3° Mme X... est dangereuse à elle-même et à autrui, et il importe qu'elle soit colloquée dans un établissement spécial pour y recevoir les soins que réclame son état.

3° *Un cas de rhumatisme cérébral à forme céphalalgique*; par le Dr Victor Schener (août 1871.)

M. Schener publie sous ce titre une observation intéressante terminée par la guérison et qu'il fait suivre de réflexions qui ont surtout pour but de légitimer la qualification de *rhumatisme cérébral à forme céphalalgique* qu'il a cru devoir adopter.

4° *De la valeur pathologique des maladies cérébrales au point de vue des affections pulmonaires*; par M. le Dr de Smeth (novembre 1871).

Un certain nombre de faits cliniques groupés par M. de Smeth l'ont conduit à formuler les conclusions suivantes :

Frappé par la fréquence des complications pulmonaires dans le cours des maladies cérébrales, nous avons étudié les conditions intimes d'un fait clinique qui ne manque pas d'importance pratique. Indépendamment de certaines notions anatomiques et physiologiques, nous nous sommes adressé, à cet effet, à l'observation et à la physiologie expérimentale, demandant à ces différentes branches les lumières qu'elles peuvent offrir pour élucider une question pathogénique que nous ne nous flattons pas d'avoir résolue. Mais, si ces lignes succinctes n'avaient d'autre mérite que d'attirer l'attention sur un fait clinique trop négligé, nous nous croirions amplement récompensé de nos peines et nous terminerions avec la conviction de n'avoir point fait une œuvre absolument inutile.

Quoi qu'il en soit, les considérations que nous avons développées nous semblent autoriser les conclusions suivantes, que nous débarrassons à dessein des propositions incidentes, plus ou moins contestables, qu'elles impliquent :

1° Les maladies cérébrales déterminent fréquemment des pneumonies;

2° La pathogénie de ces complications s'explique par les dé-

©BIUM

sordres de l'innervation vaso-motrice pulmonaire, produits soit par le pneumo-gastrique, soit par le grand sympathique.

Mais il se dégage, ce nous semble, des faits que nous avons exposés une signification plus haute, et leur portée ne se borne pas seulement à constater les rapports morbides réciproques de deux organes. Que l'on nous permette, à ce propos, quelques brèves considérations terminales.

La médecine philosophique présente ce caractère constant de recueillir les éléments épars que nous offrent la clinique, l'anatomie pathologique et la physiologie expérimentale, non pour faire une agglomération empirique de détails stériles, mais pour les coordonner en un ensemble harmonique qui reflète l'unité de l'organisme et la solidarité de tous ses appareils dans la maladie comme dans la santé.

Telle n'est pas cependant la voie généralement suivie. Trop préoccupés des déterminations morbides locales, du soin de constituer des entités pathologiques distinctes et d'isoler les lésions organiques dans une indépendance illusoire, la plupart des auteurs se dégagent mal des détails analytiques pour remonter jusqu'aux sources fécondes de toute saine clinique et de toute thérapeutique rationnelle. Il semble à les lire que les organes fonctionnent isolément, qu'aucun lien commun ne les relie ; et leurs divisions nosologiques si nettement tranchées, n'existant que par elles-mêmes, en dehors de toute influence diathésique et de toute condition pathogénique, ne prouvent qu'une absence complète de ces notions d'affiliation nécessaire et constante de tous nos appareils, que la science moderne a mission d'affirmer et de propager. L'unité de l'organisme, la solidarité normale et morbide qui se révèle dans toutes ses manifestations, la connaissance synthétique de la vie et la subordination de tous ses phénomènes leur échappent souvent, et transforment en faits fugitifs et stériles des détails qui devraient élever notre esprit jusqu'à la hauteur des principes qui les contiennent virtuellement.

C'est pourquoi il importe de réagir contre cette symptomatologie abstraite qui ne s'adresse qu'à la mémoire, et contre cette banale étiologie d'agents problématiques, fatalement vouée à toutes les affirmations comme à toutes les négations. Car c'est moins dans l'analyse que dans la synthèse que l'enchaînement visible des faits a chance de nous livrer les idées de causalité, et c'est à cette méthode qu'appartient l'avenir et que nous ramène chaque jour une connaissance de plus en plus approfondie des lois de l'organisme.

©BIUM

5° *Un cas d'éclampsie ayant présenté* 63 *accès; guérison*. Observation recueillie par M. Ernest Lambert (avril 1872).

La malade, âgée de 24 ans, primipare, a eu 40 accès avant l'accouchement et 23 après la délivrance, et cela malgré l'emploi d'un traitement énergique (Saignées, sangsues, injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine et lavements purgatifs).

Après la guérison, la malade dont l'intelligence, pendant les accès d'éclampsie, était restée constamment égarée, ne conservait aucun souvenir de ce qui s'était passé pendant les 2 ou 3 mois qui avaient précédé sa maladie.

Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand.

1° *Quelles sont les causes de l'augmentation toujours croissante de la population des asiles d'aliénés? Y a-t-il lieu d'y remédier; et par quels moyens peut-on y parvenir*; par M. le Dr. Dufour (juillet à décembre 1870).

Cet excellent mémoire auquel la Société de médecine de Gand a décerné le premier prix au concours de 1869, se termine par les conclusions suivantes :

L'augmentation de la population des asiles a plusieurs origines. Elle tient au mouvement philanthropique en faveur des aliénés et à la création des nombreux asiles; — à certaines admissions d'individus inoffensifs; — à l'admission tardive des aliénés curables, ce qui diminue leurs chances de guérison et plus tard éternise leur séjour; — au peu de fréquence des sorties par guérison dans les asiles mal organisés et défectueux; — au maintien dans les asiles, à défaut d'autres moyens d'assistance, d'un certain nombre d'incurables et d'inoffensifs: ce qui contribue généralement à produire un excédant des admissions sur les sorties et décès, chiffre qui, dans beaucoup d'établissements, s'augmente ainsi, chaque année, si l'on n'y prend garde, et finit par amener l'encombrement.

La civilisation *actuelle* est fatale à quelques intelligences et augmente le nombre des fous.

L'encombrement diminue de beaucoup les chances de guérison, accroît la mortalité, est cause d'une foule d'incommodités pour les malades.

Il est donc urgent d'y remédier :

©BIUM

En restreignant les admissions aux dangereux et aux curables, qui doivent être traités, à l'asile, le plus vite possible (pour cela il faut avoir des médecins spéciaux préposés aux admissions : il est nécessaire, en outre, de développer l'enseignement clinique des maladies mentales) ;

Par la création de nouveaux asiles de traitement dans les contrées qui en manquent ;

Par l'amélioration de ceux qui existent, la généralisation du travail agricole, la création d'ateliers à l'intérieur.

Disséminer, autant que possible, les habitations destinées aux aliénés ; instituer dans les asiles des bibliothèques, des salles de lecture, des jeux, une école pour les enfants et les adultes, etc. Par ces moyens, on augmentera le nombre des guérisons. . . .

Essayer l'éducation des imbéciles et des idiots.

Après un séjour limité, renvoi des incurables inoffensifs quand le médecin le jugera convenable.

Généraliser le système des sorties par essai pour tous les malades inoffensifs avec facilité d'un prompt retour, s'il était nécessaire.

Secours à domicile chez les parents et des étrangers, quand il sera possible de les organiser convenablement pour les aliénés inoffensifs, calmes et incurables, principalement s'ils sont susceptibles de travailler.

Difficulté de soigner à domicile les infirmes et invalides et ceux qui sont parfois surexcités : de là presque toujours nécessité de les assister, les premiers dans les hospices ou les asiles, les autres près des asiles, afin qu'ils puissent y être réintégrés rapidement, s'il était besoin.

Les infirmes, vieillards, jeunes enfants, calmes, inoffensifs, devront surtout être reçus dans les hospices communaux, où ils auront, en outre, l'avantage d'être près de leurs parents.

A défaut de secours à domicile, qui sont d'une organisation difficile, assistance dans des habitations proches des asiles, sinon refuge dans des colonies agricoles détachées.

Reconnaître le droit à l'assistance pour tous les malheureux.

Il est urgent de développer chez les masses les sentiments de famille, de restreindre le nombre des célibataires, de faciliter la division de la propriété et d'y faire participer un plus grand nombre d'individus par le travail et l'épargne.

On combattra encore la misère par une répartition plus

©BIUM

équitable des impôts, qui pèsent surtout sur les pauvres, ainsi que par l'association plus juste du capital et du travail.

Puissante organisation des sociétés de secours et des institutions de prévoyance et d'épargne.

Instruction gratuite et obligatoire. — Répandre les notions d'hygiène populaire. — Augmenter le nombre des écoles, diminuer celui des casernes. — Combattre l'ivrognerie par tous les moyens possibles et en particulier par l'institution des sociétés de tempérance. — Etablir des peines contre les ivrognes. — Favoriser l'agriculture et empêcher la dépopulation des campagnes. — Favoriser la dissémination de l'industrie.

Application aux enfants des classes aisées d'une bonne hygiène scolaire. Plus tard éviter les excès divers et se souvenir que l'oisiveté, qui est la mère de tous les vices, ouvre souvent la porte à la folie... etc., etc., etc.

Tel est notre programme.

A ce prix, on arrivera à diminuer la populations des asiles d'aliénés.

2° *Rapport sur les mémoires en réponse à la question traitée dans le mémoire précédent*, par le docteur Ingels (juillet 1870).

Quatre mémoires plus ou moins importants avaient été envoyés pour le concours ; le rapport très-bien fait de M. Ingels conclut en ces termes :

« Il résulte pour nous de l'étude de ces quatre mémoires, qu'il n'est pas du tout établi que le nombre des aliénés soit plus grand aujourd'hui qu'autrefois, mais que, par suite de connaissances plus exactes sur la folie, par suite de la confiance des familles et d'autres causes, le nombre des aliénés qui viennent demander les secours de l'asile est plus nombreux. La conséquence pratique qui découle de cet état de choses, c'est qu'il faut proportionner les remèdes au mal qu'il s'agit de combattre ; il faut donc multiplier les secours, mais les multiplier de façon à aider efficacement et à ne pas trop augmenter les charges de la société. Nous ne voulons pas rentrer ici dans la discussion des divers modes d'assistance à donner aux aliénés ; nous avons déjà suffisamment établi notre manière de voir à ce sujet. Nous ajouterons seulement que le mode qui semble être le plus en faveur aujourd'hui, c'est l'asile ordinaire, complété par une colonie annexe dans le sens de Gheel. En effet, trois de nos concurrents recommandent ce

©BIUM

système et le préconisent sur la ferme-asile, qui jusqu'à présent semblait mériter l'approbation de tous les hommes compétents. Nous laissons à l'avenir le soin de décider si la pratique viendra confirmer les avantages que théoriquement on attribue au système de Gheel, complété par l'asile fermé. »

3° *Des causes de l'encombrement toujours croissant des asiles d'aliénés et des remèdes à y apporter*, par M. le Dr Lentz (février et juin 1871).

Ce mémoire qui n'a obtenu que le second prix au concours de 1869, conclut à l'adoption du système de Gheel et à la création d'une nouvelle colonie, colonie systématisée, il est vrai, c'est-à-dire mise en rapport avec toutes les exigences du traitement médical et moral de l'aliénation mentale.

La colonie de Gheel, telle qu'elle est organisée aujourd'hui, constitue un établissement *sui generis*, qui présente des avantages incontestables, mais qu'il faudrait bien se garder de considérer comme représentant un système particulier de traitement et d'assistance des aliénés.

Il était difficile, d'ailleurs, de défendre le système de Gheel avec plus de talent et de conviction que ne l'a fait le Dr Lentz.

Annales de la Société de médecine d'Anvers.

1° *Du traitement de l'épilepsie*, par M. le Dr Auguste Jansen (février et juin 1871).

M. le Dr Jansen a réuni dans ce travail les faits les plus intéressants publiés par les auteurs, ceux qui lui ont été communiqués par plusieurs confrères et enfin les observations qui lui sont personnelles. Cette étude l'a conduit à formuler les conclusions suivantes :

J'ai longuement insisté sur les observations cliniques, parce que leur utilité pratique m'a paru incontestable. Elles établissent d'une façon positive :

1° Que l'absence et le vertige, premiers degrés du haut-mal, sont toujours curables ;

2° Que l'on peut tenter la guérison de l'épilepsie proprement dite, quelle que soit son ancienneté. Si l'on n'obtient pas la cure radicale, on aura au moins la satisfaction d'amener une amélioration notable dans le triste état du malade.

©BIUM

Pourquoi, jusqu'à ce jour, a-t-on guéri si peu d'épileptiques ?

Tissot a répondu à cette question avec beaucoup de talent et ses paroles doivent être prises en très-sérieuse considération.

« La première raison, dit-il, c'est que sans donner aucune attention aux causes éloignées qui la produisent, aux causes occasionnelles qui la renouvellent et à la constitution physique du malade, on a voulu guérir tous les épileptiques par les remèdes spécifiques, qui, sans agir sur les causes éloignées et sur les vices de tempérament, et sans pouvoir corriger les erreurs de régime, dont l'observance est si importante dans cette maladie, n'étaient destinés qu'à agir sur le cerveau même. La seconde raison, c'est que les moyens qu'on employait ordinairement pour cela, étaient incapables d'opérer cet effet. »

Nous possédons aujourd'hui des remèdes qui ont fait merveille, comme nous l'avons vu, mais il importe de les administrer suivant certaines règles.

« Le mal, dit Trousseau, doit être attaqué sans trêve, l'économie doit être sans cesse sous l'empire du médicament, si vous ne voulez pas qu'elle retombe sous le joug de la maladie que vous forcez à se taire. »

2° *La syncope et la folie émotive des accouchées au point de vue médico-légal*, par M. le Dr Bertherand (août 1871).

M. Bertherand attache une grande importance, au point de vue médico-légal, à la syncope et surtout à la folie émotive des accouchées et semble disposé à considérer, dans un certain nombre de cas, comme un état passager d'aliénation mentale, la perturbation morale que produisent chez les nouvelles accouchées les émotions de toutes sortes qu'elles éprouvent avant, pendant et après la parturition. M. Bertherand voudrait donc que dans les cas d'inculpation d'infanticide, au moins chez les primipares, les médecins légistes fussent toujours consultés et que leur opinion fît autorité.

Assurément, il serait rationnel que les déclarations des médecins experts, quand elles sont bien nettement formulées, fussent toujours consacrées par les tribunaux : mais nous n'en sommes point encore là et il est malheureusement probable que nous verrons bien souvent encore condamner des accusés, que les médecins auront déclarés atteints d'aliénation

©BIUM

mentale et par suite irresponsables des actes qui leur sont imputés.

3° *Un cas de rhumatisme cérébral*, par M. le Dr V. Desguin (novembre 1871).

Il s'agit d'un homme de 45 ans, cordonnier, adonné à la boisson, rhumatisant, qui était atteint depuis 5 jours d'une arthrite rhumatismale du pied, lorsque survinrent brusquement, sans cause connue, des accidents cérébraux graves dont l'explosion coïncida avec la disparition complète de l'arthrite. Le malade mourut au bout de quelques heures avant même qu'aucun moyen de traitement eût pu être employé.

4° *De l'influence dans notre climat de l'usage et de l'abus des alcooliques sur la santé des ouvriers*, par M. le Dr Aug. Jansen (janvier à août 1872).

Ce travail fait avec beaucoup de soin, contient un grand nombre de documents très-bien choisis, les uns empruntés aux auteurs, les autres recueillis par M. Jansen lui-même. Nous présenterons sous forme de propositions, les faits et considérations qui rentrent plus particulièrement dans le cadre des études médico-psychologiques.

— La consommation toujours croissante des alcooliques exerce sur la classe ouvrière une influence pernicieuse de jour en jour plus marquée.

— Les alcooliques ne sont jamais indispensables, mais ils peuvent dans certains cas être de quelque utilité ; leur abus conduit fatalement à la dégradation intellectuelle et morale.

— L'alcool produit ses effets en pénétrant dans le sang. Mais les auteurs ne sont pas d'accord sur la question de savoir s'il impressionne les organes directement ou après avoir été plus ou moins décomposé.

— L'abus passager et accidentel des boissons alcooliques détermine l'*alcoolisme aigu*, dont les symptômes varient depuis la simple excitation générale de la circulation et du système nerveux jusqu'au coma.

L'abus habituel et prolongé des boissons spiritueuses produit *l'alcoolisme chronique*.

— Les lésions causées par l'abus des alcooliques consistent : les unes dans de véritables phlegmasies adhésives, soit dans l'épaisseur des parenchymes, soit à la surface des membranes,

©BIUM

les autres dans la dégénérescence graisseuse des éléments propres des organes.

— L'influence de l'alcool sur le système nerveux et particulièrement sur l'encéphale, se manifeste par une série progressive et continue de symptômes, qui, à leur intensité près, se reproduisent chez tous les individus et comprennent trois phases : surexcitation — perturbation — destruction des fonctions de l'axe cérébro-spinal.

L'intelligence, la sensibilité et la motilité sont plus ou moins profondément troublées par l'action des spiritueux. Elles peuvent être affectées séparément; mais le plus souvent elles sont atteintes simultanément.

— La dégradation physique et intellectuelle des ivrognes se transmet en partie à leur progéniture et cette hérédité est une de celles qui sont les plus tenaces et les plus fréquentes.

— Les sophistifications de plus en plus fréquentes que le commerce fait subir au vin, à la bière et aux liqueurs consommés par la classe ouvrière, augmentent encore les dangers que présente pour les artisans l'abus qu'ils font de ces diverses boissons.

En Belgique, les ouvriers ne boivent guère que de la bière et du genièvre. La première est trop souvent falsifiée par le brasseur et fréquemment aussi par le débitant. Parfois elle contient des substances véritablement toxiques comme l'acide picrique et la coque du Levant. D'autres fois elle constitue une boisson tellement fade, que l'ouvrier après en avoir bu un verre, se hâte d'avaler un petit verre de genièvre pour en faciliter la digestion.

Quant au genièvre, le meilleur constitue une boisson dangereuse, mais celui que consomment les ouvriers est plus pernicieux encore, parce qu'il renferme souvent des substances étrangères qui peuvent déterminer, même à faible dose, des accidents d'une extrême gravité.

— L'excitation alcoolique porte principalement son action sur les organes qui, à raison de la position sociale ou des habitudes de l'individu supportent la plus grande somme de fatigue. Aussi l'action des boissons enivrantes présente-t-elle des différences sensibles suivant les professions.

— Quant aux mesures que M. Jansen conseille de prendre pour combattre ou prévenir l'abus des alcooliques, nous les résumons en quelques lignes :

©BIUM

A. *Hôpitaux spécialement destinés au traitement des ivrognes.* L'efficacité de ce moyen est encore à démontrer.

B. *Amélioration de la position des ouvriers.*

Rien ne doit être négligé pour rendre supportable l'existence de l'artisan. Il faut donc dans ce but, le placer autant que possible dans de bonnes conditions hygiéniques et rendre son travail moins nuisible à sa santé et restaurer la dignité et le bien-être du foyer domestique. En rendant la position de l'ouvrier moins pénible, on atténuera chez lui le besoin de noyer ses peines physiques et morales dans les alcooliques.

C. *Diffusion des lumières.* Il faut inspirer à la classe ouvrière le dégoût de l'intempérance, en répandant parmi les artisans des publications conçues et rédigées dans cet ordre d'idées. M. Jansen voudrait en outre que l'instruction fût obligatoire.

D. *Mesures propres à éloigner l'ouvrier des cabarets.* M. Jansen recommande surtout dans ce but la création d'écoles du soir, de bibliothèques populaires, de salles de conversation et de réunion, de conférences instructives et amusantes, de sociétés de musique et de chant, etc.

E. *Création de sociétés de tempérance.* M. Jansen serait d'avis que l'on fondât en Belgique des sociétés de tempérance et que l'Etat leur accordât des encouragements.

F. *Mesures propres à diminuer le débit des alcooliques.* M. Jansen recommande à cet effet : de limiter le nombre des débits de boisson, d'augmenter les peines encourues pour contraventions en matière de fabrication et de débit des alcooliques, d'assimiler les dettes de cabaret aux dettes de jeu, de surtaxer les alcools et de dégrever les boissons salubres, notamment la bière, le thé et le café.

G. *Mesures répressives et législatives.* L'auteur voudrait qu'on refusât toute faveur aux individus notoirement connus pour leur intempérance et que l'ivresse fût réprimée comme délit correctionnel et punie de l'amende et même de la prison en cas de récidive.

Nous ferons observer en terminant l'analyse de l'excellent travail de M. Jansen, qu'un certain nombre des mesures qu'il préconise ont reçu leur application en France et que les autres sont formulées dans le programme de la Société française de tempérance fondée au commencement de 1872.

5° *Observation d'abcès du cervelet*, par M. Kums (oct. 1872).

Jeune garçon de 19 ans; pas de renseignements. Les symp-

©BIUM

tômes observés furent les suivants, depuis l'entrée à l'hôpital, le 24 déc. 1871, jusqu'à la mort survenue le 10 février suivant.

Au début, vive douleur dans la partie gauche de la nuque, s'irradiant vers l'épaule et la partie postérieure du bras et s'exaspérant par les mouvements. La pression n'augmente pas la souffrance. Fièvre très-modérée ; insomnie ; appétit.

Quelques jours après, roideur du dos; position assise difficile ; liberté des mouvements des membres. Rien du côté des organes génitaux, pas de vertiges, intelligence intacte.

A partir de la fin de janvier, aggravation rapide des symptômes : apathie, immobilité; roideur, puis contracture des muscles du dos et des membres ; respiration fréquente, avec temps d'arrêt assez prolongés ; pouls normal ; convulsions ; mort.

A l'autopsie, on trouve sur le cervelet, immédiatement au-dessus de la moelle allongée, une ulcération peu profonde, à fond purulent, large comme une pièce d'un centime ; deux petites collections de pus semblables existaient à la base du lobe gauche du cervelet.

6° *Observation de méningo-encéphalite chronique simple*, par M. le Chevallier (oct. 1872).

Pourquoi qualifier de chronique une maladie qui s'est terminée par la guérison en moins de deux mois? Quels sont les symptômes observés dont ne puisse rendre compte une simple méningite sub-aiguë ?

Annales de l'électricité médicale.

1° *Migraine traitée par l'électricité*, par M. le Dr Frommhold (mars 1870).

Depuis dix ans que M. Frommhold a recours à cette médication, il assure avoir obtenu la guérison radicale quatre-vingts fois sur cent. Ce traitement ne produirait que fort peu de douleur même chez les personnes d'une sensibilité excessive.

Pour divers motifs, l'auteur préfère le courant d'induction électro-galvanique. Il commence par le courant le plus faible, pour le renforcer peu à peu. Au bout d'une demi-minute, il se produit chez le patient un mélange de bien-être et de douleur, et à la fin de la séance, dont la durée varie de deux à huit minutes, le soulagement est constant. S'il survient de l'étourdissement, il sursoit à l'opération, afin d'éviter toute surexcitation; pour le même motif il évite l'interruption brusque

©BIUM

du courant, dont il gradue du reste la force d'après l'intensité et la fréquence des paroxysmes.

Relativement au mode d'application, l'auteur donne les prescriptions suivantes :

1° Avant tout, il faut éviter toute secousse ;

2° On doit appliquer les électrodes autant que possible dans la direction de la ligne médiane ;

3° On se servira toujours du courant primaire (inducteur) ;

4° Les deux électrodes munis d'éponges imbibées d'eau tiède, seront appliqués, le positif à la nuque, le négatif au-dessus de l'arcade ciliaire ; tous les deux devront être convenablement comprimés contre la surface d'application ;

5° L'opération peut se faire tous les jours.

Ajoutons que pour M. Frommhold l'imminence ou la présence des règles ne constituent pas une contre-indication de ce mode de traitement.

2° *Succès de l'électrothérapie dans un cas de chorée compliquée de folie*, par M. le Dr van Holsbeek (avril 1870).

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, grande, frêle, anémique et peu intelligente, chez laquelle l'électricité n'a été employée qu'après l'insuccès, bien constaté, des moyens usités dans les cas de même nature.

M. van Holsbeek s'est servi chez cette malade du courant inducteur ; il a placé le pôle positif à la nuque et le pôle négatif alternativement dans l'une et l'autre main et à la plante des pieds ; chaque séance a duré une demi-heure environ. Au bout de 14 séances, les mouvements étaient devenus plus réguliers, l'agitation avait diminué, le sommeil était revenu, les hallucinations et l'incohérence des idées tendaient à disparaître.

A partir de cette époque, l'amélioration n'a pas cessé de faire des progrès rapides et, après trois mois environ de traitement, la guérison put être considérée comme complète.

3° *Epilepsie guérie par l'électrisation généralisée ;* par M. le Dr van Holsbeek (mai 1870).

Comme dans le cas précédent, notre confrère eut recours au courant inducteur et appliqua le pôle positif à la nuque et le pôle négatif aux extrémités. Chaque séance dura environ vingt minutes ; au bout de quinze jours de traitement, les attaques avaient cessé et elles n'ont pas reparu.

©BIUM

Le sujet était un enfant de 4 ans, grand, bien constitué et d'une intelligence précoce ; il était atteint d'une épilepsie convulsive et, en dernier lieu, il avait jusqu'à douze à quinze accès par jour.

Le bromure de potassium n'avait pu être supporté et l'arsenic n'avait produit aucune amélioration.

4° *Simple note sur l'emploi du chloral chez les aliénés;* par M. le Dr van Holsbeek (juin 1870).

Voici comment s'exprime l'auteur :

Malgré le prix élevé du chloral — quatre francs les 30 gr., — nous avons voulu expérimenter ses effets hypnotiques chez vingt-cinq malades de l'Asile d'aliénés d'Evere, atteints les uns de *delirium tremens*, les autres de *manie* ou de *lypémanie*, et accusant tous une insomnie opiniâtre.

Nous avons fait choix de l'hydrate de chloral et nous l'avons administré dans de la bière, à la dose de 4 à 6 grammes, prise en deux fois, à un intervalle d'une demi-heure.

Nous avons constaté qu'un sommeil *de plomb*, ressemblant à la mort, survenait généralement un quart d'heure après l'ingestion du médicament, plus promptement et plus complétement chez les malades nerveux et calmes que chez les malades fortement agités ; que toutes les parties du corps devenaient insensibles à la douleur, à l'exception de la muqueuse de la cloison nasale, point important à connaître et qu'il faudra ne pas perdre de vue, alors que le malade ou l'opéré soumis à la chloralisation sera en danger d'asphyxie ; que le sommeil obtenu par le chloral était un sommeil calme, réparateur, qui n'a pas les inconvénients des narcotiques et ne laisse après lui aucune pesanteur de tête ; enfin, que la tolérance du médicament s'établissait généralement au bout de trois ou quatre jours et qu'il déterminait alors des douleurs épigastriques très-vives, des nausées, des lipothymies avec sueurs profuses. Il résulte d'un emploi comparatif du chloral et du chloroforme que nous avons fait, que ce dernier est préférable chez les aliénés à forte excitation psychique et chez lesquels l'agitation musculaire est très-prononcée.

Nous pouvons donc déclarer à notre tour que le chloral administré convenablement est un médicament précieux que les aliénistes mettront à contribution avec succès dans des cas déterminés.

©BIUM

5° *Des changements de coloration de la peau chez les aliénés;* par M. van Holsbeek (août 1870).

« Un fait nous a souvent frappé, c'est le changement instantané que subit la peau chez certains aliénés. Nous avons trouvé dans nos notes un cas extrêmement remarquable. Un certain Félix A..., âgé de 18 ans, fut admis en 1865 à la maison de santé d'Evere, pour une démence avec agitation maniaque. Ce jeune homme, de taille moyenne, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, a la peau extrêmement blanche. Pendant son internement, il eut plusieurs paroxysmes furieux. Dès le second accès, sa peau prit la couleur d'un beau bistre. Cette transformation instantanée effraya ses compagnons, qui eurent de la peine à le reconnaître.

Cette coloration de la peau persistait chaque fois pendant toute la durée de l'accès. Dès que l'accès diminuait, la peau reprenait insensiblement sa coloration normale.

Nous le répétons, les changements de coloration de la peau chez les aliénés sont fréquents, et ils ont une importance réelle au point de vue médico-légal. »

L. Lunier.

©BIUM

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

— Statistique pénitentiaire internationale, par M. Beltrani Scalia ; 1re année (1875), Rome, 1875 ; br. in-4° de 103 p.

— Seventeenth annual. Report of the general Board of commissionners in Lunacy for Scotland ; Edimbourg 1875 ; vol. in-8° de 270 p.

— Asile public d'aliénés de Cadillac ; rapport médical sur l'exercice 1874 ; par M. le Dr A. Péon ; br. in-8° de 32 pages.

— Uebersicht der offentlichen und privaten Irren-und-Idioten-Anstalten in Deutschland und Oesterreich ; par M. le Dr. Albrecht Erlenmeyer ; Neuwied, 1875 ; br. in-8° de 55 p.

— Science et miracle ; Louise Lateau ou la stigmatisée Belge ; par M. le Dr Bourneville ; Paris, 1875 ; br. in-8° de 70 p. avec planche ; prix 2. 50, chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine.

— Asile départemental d'aliénés de La Roche-Gandon (Mayenne) ; exercice 1874 ; compte rendu moral, administratif et médical ; par M. le Dr Henri Bonnet ; vol in-8° de 105 p.

— Conseil général de l'Allier ; session d'août 1874 ; rapport de M. le Dr Lagardelle, directeur-médecin de l'asile d'aliénés ; br. in-8° de 127 p.

— De la possibilité des suppléances cérébrales ; par M. le Dr Parant ; Paris 1875 ; br. in-8° de 66 p.

THÈSES DE PRARIS.

Année 1875 (suite).

222. Lasbats Diagnostic différentiel des vertiges..

233. Larregui. Etude sur un cas de méningite cérébro-spinale chez une femme en couches.

240. Rabot. Contribution à l'étude des lésions syphilitiques des artères cérébrales.

248. De Cours. De l'hémianesthésie saturnine.

254. Dieudé. Contribution à l'étude clinique de la température dans l'éclampsie puerpérale.

263. Petit. De l'hystérie chez l'homme.

266. Jousse. Quelques considérations sur le rhumatisme cérébral, sa nature, son traitement.

274. Bourgeois. Etudes sur les accidents cérébraux du rhumatisme articulaire aigu.

291. Richard. De l'épilepsie considérée surtout au point de vue du diagnostic.

311. Espanet. Hystéricisme et hystérie ; du sommeil hystérique en particulier.

©BIUM

VARIÉTÉS.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Par décret du Président de la République, en date du 7 août 1875, rendu sur la proposition du vice-président du conseil, ministre de l'intérieur, et après avis du conseil de l'ordre, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur.

Au grade d'officier : M. FOLLET (Jules), sous-directeur à l'administration générale et départementale du ministère de l'intérieur ; 36 ans de services. Chevalier depuis 1868. Services exceptionnels pendant la guerre à la délégation de Tours et de Bordeaux.

Au grade de chevalier : M. le Dr BAUME, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Quimper ; 24 ans de services. Médecin en chef de l'asile de Quimper depuis 1857, a doté cet établissement d'une exploitation agricole des plus remarquables.

— *Arrêté du 12 août* 1875. M. le Dr DEBOUDT, médecin-adjoint de l'asile de Quimper, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Ste-Gemmes (Maine-et-Loire) et élevé à la 2e classe de son grade (M. Deboudt ne sera pas remplacé).

— *Arrêté du 10 août*. M. le Dr DELAPORTE, médecin en chef de la section des femmes à l'asile de Maréville, est promu à la 4e classe de son grade (4,000 f.) pour prendre rang à partir du 1er août 1875.

— *Arrêté du 14 août*. M. le Dr MARET, directeur-médecin de l'asile d'Auch, est promu à la 4e classe de son grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er juillet 1875.

— *Arrêté du 12 septembre*. M. le Dr PETRUCCI, directeur-médecin de l'asile de Dijon, est promu à la 4e classe de son grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er septembre 1875.

— *Arrêté du 15 septembre*. M. le Dr HENRI BONNET, directeur-médecin de l'asile de La Roche-Gandon (Mayenne) est promu à la 2e classe de son grade (6,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er juillet 1875.

— *Arrêté du 25 septembre*. M. le Dr LAFFITE, directeur-médecin de l'asile St-Méen à Rennes, est promu à la 1re classe de son grade (7,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er août 1875.

DÉCRET *qui fixe les cadres et les traitements des directeurs, des médecins en chef et des médecins adjoints des asiles publics d'aliénés.*

Le Président de la République française, sur le rapport du ministre de l'intérieur, vu la loi du 30 juin 1838 sur les alié-

©BIUM

nés, l'ordonnance du 18 décembre 1839 portant règlement des asiles publics et privés, et le décret du 6 juin 1863 sur le classement du personnel administratif et médical des asiles publics,

Décrète :

Art. I. — Les dispositions des articles 1 et 2 du décret susvisé du 6 juin 1863 concernant la fixation des cadres et des traitements des directeurs, des médecins en chef et des médecins adjoints, sont modifiées ainsi qu'il suit :

1° Directeurs et directeurs-médecins :

Classe exceptionnelle, cinq.....	8.000
1re classe, huit.....	7.000
2e classe, dix.....	6.000
3e classe, douze.....	5.000
4e classe, douze.....	4.000
5e classe (nombre illimité).....	3.000

2° Médecins en chef :

Classe exceptionnelle, quatre.....	8.000
1re classe, quatre.....	7.000
2e classe, quatre.....	6.000
3e classe, six.....	5.000
4e classe, six.....	4.000
5e classe (nombre illimité).....	3.000

3° Médecins-adjoints.

Classe exceptionnelle, deux.....	4.000
1re classe, quatre.....	3.000
2e classe, six.....	2.500
3e classe (nombre illimité).....	2.000

2° Sont maintenues les autres dispositions du décret du 6 juin 1863.

3° Le ministre de l'intérieur est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au Bulletin des lois.

Fait à Versailles, le 4 février 1875,

Signé : Maréchal de Mac-Mahon.

Le ministre de l'intérieur,

Signé : Général de Chabaud La Tour.

DES SUICIDES EN FRANCE EN 1873.

Nous venons de recevoir le compte général de l'administration de la justice criminelle en France pour l'année 1873, nous empruntons les chiffres suivants à cet important document.

En 1872, le nombre des suicides n'avait été que de 5,275, il s'est élevé en 1873, à 5,525, commis, 4,251 (77 0|0), par des hommes et 1,274 (23 0|0) par des femmes.

Les départements qui ont fourni le plus fort contingent, sont les suivants :

©BIUM

	H.	F.	D. S.
Seine	643	234	877
Seine-et-Oise	180	41	221
Seine-Inférieure	158	51	209
Oise	129	40	169
Aisne	123	42	165
Marne	116	38	154
Nord	126	25	151
Seine-et-Marne	100	33	133
Somme	100	32	132
Pas-de-Calais	84	29	113
Rhône	88	21	109
Bouches-du-Rhône	94	10	104

Les 5,525 suicidés de 1873, se répartissent comme il suit, d'après l'âge :

	H.	F.	D. S.
Au-dessous de 16 ans	31	9	40
— 16 à 21 ans	133	79	212
— 21 à 30 —	398	143	541
— 30 à 50 —	683	189	872
— 40 à 50 —	816	238	1054
— 50 à 60 —	887	245	1132
— 60 à 70 —	766	212	978
— 70 à 80 —	422	124	546
— 80 et au-dessus	60	24	84
Age inconnu	55	11	66
Totaux	4251	1274	5525

Répartition d'après l'état civil :

	H.	F.	D. S.
Célibataires	1511	328	1839
Mariés avec enfants	1295	377	1672
— sans enfants	627	253	880
Veufs avec enfants	415	179	594
— sans enfants	213	114	327
Etat civil inconnu	190	23	213
Totaux	4251	1274	5525

Répartition d'après le mode de perpétration :

	H.	F.	D. S.
Submersion	1075	574	1649
Strangulation	2003	374	2377
Arme à feu	577	11	588
Asphyxie par le charbon	214	157	371
Instruments tranchants ou aigus	164	38	202
Poison	73	44	117
Précipitation	135	74	209
Abus des liqueurs alcooliques	8	2	10
Inanition	2	»	2
Totaux	4251	1274	5525

©BIUM

Répartition d'après la cause présumée :

	H.	F.	D. S.
Misère ou crainte de la misère.	228	38	266
Embarras d'affaires.....	216	8	224
Perte d'une personne chère....	26	9	35
Chagrins domestiques.....	558	176	734
Amour contrarié.....	60	40	100
Remords, paresse, débauche...	60	18	78
Accès d'ivresse.....	84	17	101
Ivrognerie habituelle.....	433	47	480
Accusés et condamnés.....	233	39	272
Souffrances physiques.....	534	156	690
Dégoût de la vie.....	86	15	101
Aliénation mentale.....	1117	520	1637
Motifs divers.....	151	71	222
Motifs inconnus.....	465	120	585
Totaux..	4251	1274	5525

L'ENSEIGNEMENT DE LA PSCHIATRIE EN ANGLETERRE.

Une pétition signée des principaux professeurs des écoles de médecine vient d'être présentée au conseil des examens (*Medical examining board*), dans le but d'autoriser les étudiants à remplacer trois mois de leur stage dans les hôpitaux généraux, par un stage de même durée dans les asiles d'aliénés. Les signataires appuient leur pétition sur les faits suivants : 1° il existe en Angleterre plus de 400 médecins qui s'occupent spécialement des affections mentales ; 2° la folie n'est pas une spécialité comme l'oculistique dont on rencontre à chaque instant des cas dans les hôpitaux généraux ; il en résulte que les étudiants n'ont pas, dans tout le cours de leurs études, l'occasion d'observer un seul cas de folie ; 3° il est de plus en plus difficile de recruter des médecins résidents pour les asiles d'aliénés, et ceux qui acceptent ces emplois sont obligés d'apprendre leurs devoirs lorsqu'ils sont déjà en fonctions ; cela au grand détriment de leur dignité et quelquefois des malades.

Faits divers.

L'ÉVÉNEMENT DE LA RUE NEUVE, A ORLÉANS.

Dans la rue Neuve, demeurent avec Mme N..., leur mère, trois de ses filles. Elles s'adonnaient au spiritisme, lisaient les ouvrages qui en traitaient, et croyaient aux tables tournantes et aux esprits frappeurs.

Ces pratiques avaient produit chez ces pauvres femmes une certaine exaltation qui se traduisait, dans leur conversation, par des théories religieuses, voire politiques assez extravagantes.

Depuis huit jours, cependant, les voisins remarquaient qu'un changement assez notable se manifestait dans leurs allures. Un frère, qui habite Paris et qui est également spirite, était

©BIUM

venu les voir et leur avait apporté de nouveaux livres s'occupant de ces matières. Elles s'absorbaient tellement dans cette étude, qu'elles négligaient leur travail, et qu'elles n'exerçaient presque plus aucune direction sur leurs ouvrières. Elles leur recommandaient seulement de prier pour elles, parce qu'un grand événement allait se produire.

Samedi, elles n'avaient pris qu'un repas, assure-t-on, et ce jeune prolongé, joint à la surexcitation provenant de leur lecture, amena dans leur esprit une perturbation totale.

Le soir, cette famille d'hallucinés put se livrer tout entière à ces singulières préoccupations. Le chat, qui goûtait peu l'abstinence à laquelle on le condamnait, se mit à miauler pour réclamer sa nourriture. Le frère le prit pour un possédé du diable, et le tua pour fouiller ses entrailles, afin de voir s'il avait une âme, et prétendit avoir vu sortir l'âme de Loyola.

Toute la nuit se passa en évocations des esprits. Quand le jour se leva, l'une des sœurs se mit à la fenêtre, criant sans discontinuer et avec une régularité mécanique : « Dieu est bon ! Dieu est bon ! Dieu pardonne ! Dieu pardonne ! » pendant que son frère lui imposait les mains.

La foule ne tarda pas à envahir la rue et l'intervention de la police devint nécessaire. Il fallut tenir les deux pauvres filles. Le frère tâchait de les calmer, disant qu'elles s'exaltaient outre mesure, que Dieu voulait qu'on pardonnât aux esprits méchants. Lui-même, cependant, prétendait avoir lutté contre une des puissances infernales durant plus d'une heure, s'être servi pour la dominer d'une chaise, et n'être parvenu à la vaincre qu'en lui faisant prononcer le nom de Dieu.

Ces scènes se prolongèrent assez avant dans la journée. L'une des filles, maintenue par des voisins vigoureux, criait d'une voix qui n'avait rien d'humain et en frappant du pied avec violence : «Seigneur! Seigneur! viens Seigneur!» L'autre, gardée à vue dans une autre chambre, voyait Satan dans tous ceux qui l'approchaient. Une des personnes présentes ayant aperçu un crucifix, lui fit observer que Satan ne pouvait être là, parce qu'il ne pénétrait point dans une pièce où était l'image du Christ. S'échappant alors des mains de ses gardiens elle s'empara de la croix, et il ne fallut rien moins que la force de deux hommes pour la lui arracher et l'empêcher de la briser.

La police qui s'est, dans cette occasion, multipliée, parvint enfin à obtenir les ordres nécessaires pour conduire à l'hospice des aliénés tous ces malheureux. Ce fut une lutte véritable pour les faire sortir de chez eux. Le frère opposa peu de résistance, mais les sœurs ne voulaient pas monter dans la voiture. En proie à des convulsions violentes, les cheveux épars, les yeux hagards, elles lançaient des imprécations à tous ceux qui leur touchaient, criant que c'était Satan qui les saisissait.

On parvint non sans peine à les dominer ; la mère, tombée dans un état de prostration complète, fut laissée dans la maison; sa raison n'a nullement été atteinte.

Ce qui est plus étrange, c'est que la troisième sœur, en ce

©BIUM

moment à Moulins, a été prise presqu'en même temps, assure-t-on, de la même folie : un télégramme annonçait qu'on la tenait à la disposition de sa famille.

(L'*Avenir du Loiret* du 13 juillet 1875.)

IVROGNERIE ET SUICIDE.

Nous empruntons les faits suivants au *Journal de Rouen* :

— La nommée Anita Quesnay, rentrayeuse, âgée de vingt-cinq ans, demeurant place Lemercier, surexcitée par l'ivresse et contrariée, dit-on, par une peine de cœur, a voulu se jeter dans la Seine; la malheureuse, inconsciente de ses actes, a déroulé sur la pente de la berge et s'est trouvée jetée avec une certaine violence sur l'une des falaises découvertes qui bordent le fleuve en cet endroit. Deux témoins de cette chute, les sieurs Albert Hue et Proux, employés à l'usine à gaz, se sont dévoués pour relever la fille Quesnay, dont les blessures consistent en deux profondes excoriations au-dessus de l'œil droit.

— Deux individus, l'un commissionnaire et l'autre ouvrier, amis tous deux de la dive bouteille, se sont sentis pris hier d'un dégoût profond de l'existence ; l'ivresse a de ces caprices subits.

Aussi, après s'être quittés vers midi, se sont-ils rendus chacun dans son domicile, en manifestant l'intention d'en finir avec la vie.

On a retrouvé le commissionnaire chez lui, pendu et déjà froid ; quant à l'ouvrier, il avait allumé un réchaud de charbon, et s'était également endormi du dernier sommeil.

— Une tentative de suicide, motivée par l'abus des liqueurs alcooliques, a eu lieu avant-hier au Havre, vers sept heures et demie du soir. Le nommé Ange Letalec, âgé de vingt et un ans, né à Morlaix, décrotteur, demeurant rue Dauphine, s'est jeté volontairement à l'eau dans le bassin de la Barre.

Il aurait infailliblement péri sans le secours de MM. Paul Gommelier, demeurant rue Saint-Jacques, et Gustave Ecrepont, demeurant quai Casimir-Delavigne, qui ont réussi à le retirer sain et sauf de sa dangereuse position.

— Un suicide par strangulation a eu lieu avant-hier dans la soirée, à Saint-Etienne-du-Rouvray.

Le défunt est un homme marié, âgé de quarante-huit ans, originaire d'Alsace, ouvrier de filature, et qui buvait avec excès.



Pour les articles non signés : L. LUNIER.

Paris. — Imprimerie de E. DONNAUD, r. Cassette, 9.

©BIUM

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

PATHOLOGIE.

CONTAGION DE LA FOLIE

Par le Dr Daniel BRUNET
Directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Breuty (Charente).

La contagion de la folie est généralement admise, non-seulement par les médecins, mais même par les gens du monde, étrangers à toute notion médicale.

MM. J. Falret, Lasègue, Baillarger, Bourdin, Lunier, Motet, Voisin, Legrand du Saulle, Delasiauve, Dumesnil, Maret, en ont cité des cas remarquables à la Société médico-psychologique (1) et il n'est pas, je crois, un seul médecin aliéniste qui n'en ait observé de semblables dans une pratique de quelques années.

On en trouve souvent des relations dans les journaux politiques et littéraires, et il y a peu de temps que le *Figaro* en a signalé un cas intéressant.

Le *Droit* a publié, en juillet 1866, sur cette contagion,

(1) Séances des 30 juin, 28 juillet et 15 décembre 1873 et Séance du 30 décembre 1874 (*Annales-médico-psychologiques*.

©BIUM

l'article suivant, qui dénote une connaissance exacte de la question :

« Les faits recueillis par la science prouvent que beaucoup d'aberrations mentales et d'affections nerveuses se transmettent par contagion. Au temps où l'épilepsie et la catalepsie étaient regardées comme œuvre du démon, il y avait des épidémies de possédés. Le délire des trembleurs des Cévennes, des démoniaques de Loudun, des convulsionnaires de St-Médard se propageait avec une incroyable rapidité, et l'on sait que la police fut obligée de fermer le cimetière, théâtre des crises les plus excentriques, en affichant sur la porte ces deux vers :

De par le roi, défense à Dieu
D'opérer miracle en ce lieu.

» Les autres genres de folie sont également contagieux, et il y a dans l'homme un tel penchant à l'imitation, que nul ne pourrait vivre continuellement avec un fou, sans perdre lui-même la raison.

» En voici un nouvel exemple :

» La femme M..., ouvrière, demeurant rue du Grenier-St-Lazare, donne, à la suite d'un violent chagrin, des signes d'aliénation mentale. Elle était en proie à une continuelle exaltation. Elle s'imaginait qu'elle était poursuivie par des ennemis puissants qui employaient contre elle les armes les plus terribles et même le canon dont elle croyait entendre les décharges retentir à ses oreilles.

» Avec elle, la femme M... avait sa fille âgée de treize ans, jeune personne très-douce et qui n'avait jamais manifesté de dispositions aux maladies mentales. Dans les commencements, elle s'efforçait de calmer sa mère et de la ramener à la raison; mais peu à peu elle s'exalta comme celle-ci, et elles finirent toutes deux par se trouver au même degré de folie. Elles jetaient des cris terribles, et afin d'échapper à leurs invisibles ennemis, elles

©BIUM

» quittaient la nuit leur demeure, pour aller coucher au » milieu des champs.

» Les choses en sont venues au point que les locataires » voisins ont dû avertir l'autorité. Hier, la mère et la fille » ont été conduites à la Préfecture, où des mesures seront » prises pour les faire admettre dans un hospice d'aliénés. »

Le *Moniteur de la Côte-d'Or* du 17 novembre 1865 contient l'observation suivante :

« La police a trouvé dans une des vieilles maisons de la » rue Bautreilles, les cadavres de trois jeunes filles qui s'é- » taient asphyxiées en même temps. Voici en quelles cir- » constances :

» La famille Boc... était affligée de la monomanie du » suicide. Le père s'était précipité de la tour St-Jacques, à » la suite de désastres commerciaux ; le fils forcé de s'en- » gager à cause de la ruine de sa famille, se fit sauter la » cervelle au régiment ; enfin, une des trois filles, affligée » de la terrible monomanie, avait du être enfermée, il y a » deux ans, à l'hospice de Charenton, où, plus d'une fois, » elle avait tenté de mettre fin à ses jours.

» Il y a quinze jours, sa mère, la croyant radicalement » guérie, la retira de cet asile et l'emmena chez elle. Hier, » elle eut l'imprudence de sortir, en la laissant avec ses » deux sœurs. Au lieu de convertir leur sœur à la vie, » celles-ci furent converties au culte de la mort ; elles des- » cendirent elles-mêmes acheter du charbon ; on crut que » c'était pour repasser ; puis toutes les trois revêtirent leur » toilette de bal, et se mirent à genoux pour mourir. C'est » dans cette position et cette toilette, que leur mère les a » trouvées en rentrant. »

Une prédisposition héréditaire a favorisé la transmission de la folie chez les deux jeunes filles B... ; il en a été de même chez le nommé P... Clément, dont je vais rapporter l'observation, ainsi que celle de son frère, observations qui présentent aussi quelque intérêt au point de vue médico-légal.

©BIUM

Deux frères inculpés d'incendie. — Transmission de la folie de l'aîné au plus jeune. — Prédisposition héréditaire. — Traduits en cour d'assises. — Acquittés.

OBSERVATION I. — Mélange d'idées de grandeur et de persécution. — Hallucinations de la vue, de l'ouïe et de l'odorat. — Stupeur. — Tendance à la démence.

Le nommé P... Jean, l'aîné des deux frères, né le 7 octobre 1846, à Vœuil (Charente), y domicilié, carrier, célibataire, catholique, sans aucune instruction, est envoyé à l'asile de Breuty, le 24 février 1874, par le parquet d'Angoulême, pour la constatation de son état mental.

Taille 1 m. 51, cheveux, barbe et sourcils châtains, yeux bleus, front assez large et assez élevé.

Il est d'un tempérament sanguin et paraît être d'une forte constitution.

Une de ses sœurs est très-méchante et très-bizarre. Le frère de sa mère a été aliéné à l'âge de 23 ans, et est mort au bout d'un an ; il était en proie à des hallucinations, voyait des serpents, et avait eu, au début, une fièvre intense.

Sa folie avait éclaté à la suite d'une accusation de vol et de la crainte d'aller en prison. Un oncle paternel a été aussi aliéné, et cet oncle a un fils imbécile.

Ses parents sont peu intelligents ; sa mère est morte de la variole, et son père vit encore. Le nommé P... Jean, a eu, à l'âge de 12 ans, un accès de folie qui a duré huit jours. Il était agité, voyait des gendarmes, croyait qu'on allait l'emmener, ne mangeait presque pas. Il a toujours été très-nerveux, se plaignant de mal se porter, crachant beaucoup ; il boit de la tisane de mauve depuis plus de dix ans.

Dans la nuit du 2 au 3 janvier, vers minuit, il mit le feu à sa maison avec son jeune frère.

Il habitait cette maison depuis 15 mois, et son jeune frère depuis 6 mois. Ils travaillaient tous les deux à une

©BIUM

carrière de pierre, gagnaient bien leur vie, et avaient amassé environ 600 francs, qu'ils gardaient avec eux dans une petite bourse, moitié en billets de banque et moitié en or.

Ils vivaient dans un isolement complet, et c'est à peine s'ils saluaient leurs plus proches voisins.

Après avoir mis le feu, ils déposèrent leur or sur l'escalier de leur porte, et leurs billets de banque sur la paillasse de leur lit qui fut brûlée ainsi que ces billets et tout leur mobilier.

Leur or ne fut pas retrouvé.

Après avoir erré toute la nuit à travers la campagne, ils revinrent le matin à leur maison, avouèrent qu'ils étaient les auteurs de l'incendie, et furent conduits à la maison d'arrêt.

Ils dirent qu'ils avaient mis le feu, parce qu'ils avaient vu dans leur cheminée une grosse chenille jaune, qu'ils avaient prise pour la mort et qu'ils avaient voulu brûler de peur d'être emportés par elle.

On ne put trouver aucune cause raisonnable à leur conduite, et comme on ne soupçonnait pas alors qu'ils fussent atteints de folie, on crut qu'ils avaient agi sous l'influence de l'ivresse. On avait trouvé une bouteille d'eau-de-vie à moitié vide dans leur chambre, et les dépositions des voisins avaient appris qu'ils se livraient parfois à des excès de boissons.

Ils devaient passer en cour d'assises le 6 février, lorsque le 5, le plus jeune des frères P... fut pris d'agitation, déchira ses vêtements, tint des propos incohérents, et alla se mettre tout nu sous le robinet d'une borne fontaine, située dans le préau de la maison d'arrêt. Le docteur Machenaud requis par le procureur de la République de procéder à l'examen de l'état mental des deux frères P..., pensa qu'il y avait lieu de les mettre en observation à l'asile de Breuty, pour savoir s'ils simulaient la folie, ou s'ils étaient réellement fous.

©BIUM

Le nommé P... ne fut amené à l'asile que le 24 février, et après un second certificat du docteur Machenaud, en date du 15 février ainsi conçu : « Nous avons fait appeler cet inculpé, et après l'avoir longuement et minutieusement interrogé, nous concluons, pour nous mettre à l'abri de toute erreur, que son envoi dans une maison d'aliénés, et son observation par un spécialiste, nous paraissent indispensables. »

Tout le temps qu'avait duré l'instruction dirigée contre eux, ils avaient persisté à dire qu'ils n'avaient pas eu d'autre mobile à mettre le feu, que celui de tuer la mort qui était descendue dans leur maison par la cheminée, sous la forme d'une grosse chenille. La cheminée, d'ailleurs, était aussi remplie d'araignées, ce qui ne faisait rien présager de bon pour eux.

Certificat de 24 heures. — Le nommé P... Jean me paraît atteint de folie partielle caractérisée par des hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, et un mélange d'idées de grandeur et d'idées de persécution. Il dit qu'il est Dieu, que personne avant lui n'a osé tuer la mort comme il l'a fait, et que, par conséquent, il a rendu un service immense à l'humanité, puisque personne ne mourra plus. Il est le roi des finances, fait ressusciter les morts, réformera toute la société, et entre, au sujet des prétendues réformes qu'il a l'intention d'accomplir, dans des divagations incohérentes, impossibles à comprendre. On n'aura plus besoin d'or, d'argent, de billets de banque.

Depuis six semaines, il se portait mal, ne pouvait plus travailler, et s'imaginait qu'on l'avait empoisonné.

Quelques jours avant le mois de janvier, son délire avait pris plus d'acuité; il avait de nombreuses visions. On lui faisait prendre du venin qui sentait le soufre et qui le brûlait comme du feu; il en a encore beaucoup dans le corps, et il le sent bien, tout à fait dans le bas-ventre.

©BIUM

Il est tranquille et répond avec assez de précision à la plupart des questions qu'on lui adresse.

Le soir qu'il mit le feu à sa maison, il avait entendu la voix de son frère aîné qui est soldat, et était sorti avec son jeune frère pour aller à sa rencontre, parce qu'il croyait qu'il revenait du service militaire. Arrivé à un moulin, il vit les meules marcher, s'arrêter, recommencer à marcher pour s'arrêter, et ainsi de suite, et il s'imagina que c'était le diable qui s'était incarné dans ces meules.

Le propriétaire du moulin dut le menacer d'un coup de fusil pour le faire partir; il voulait rester, parce qu'il pensait que son frère aîné, dont il entendait la voix, était dans cette maison. En route, il avait vu de grands fantômes habillés de blanc, disparaître tout à coup dans l'air, et à son retour, il avait trouvé sa maison illuminée d'une clarté telle, qu'il n'en avait jamais vu de pareille. C'est alors qu'il aperçut une grosse chenille, s'avançant vers son pied ; qu'il la prit pour la mort, et qu'il mit le feu en entassant près de la cheminée tous les fagots qu'il put trouver, non-seulement dans sa maison, mais encore dans la cour.

2 *mars*. — Il a toujours les mêmes idées délirantes. Il crache continuellement pour chasser, dit-il, le venin qu'il a dans le corps. Il est tranquille, mange bien, le pouls est normal.

3 *mars*. — Il a fait cette nuit un trou dans sa cellule, par lequel il voulait probablement s'évader. Lorsqu'on lui a demandé pourquoi il avait fait ce trou, il a répondu qu'il avait une mauvaise fièvre, qu'il s'est aperçu que ce coin de cellule était la cause de sa fièvre et que c'était pour se guérir qu'il l'avait détruit.

4 *mars*. — Même délire de persécution, mêlé à des idées de grandeur. Légère agitation.

6 *mars*. — L'agitation a augmenté. Il fait un nouveau trou dans sa cellule; il crie, tient des propos incohérents, prétend qu'on continue à l'empoisonner.

©BIUM

Il frappe à chaque instant, avec ses poings et ses pieds, contre la porte de sa cellule. Il a déchiré ses bas, prétendant que c'étaient eux qui lui donnaient froid aux pieds.

10 *mars*. — Agitation, même délire. — On l'empoisonne; il est Dieu, va réformer le monde; les bons ne mourront plus; il n'y aura plus que les mauvais, que ceux qui le tourmentent, qui seront assujettis à la mort.

11 *mars*. — Agitation, même délire. — 30 grammes de sulfate de soude. — 3 bouillons, limonade.

12 *mars*. — Agitation moins vive, il a mangé une partie de ses matières fécales; il prétend que c'était bon, que son corps est très-propre, et que rien ne peut en sortir de mauvais.

13 *mars*. — Il est redevenu très-tranquille, demande à être bien nourri; il pense qu'on l'a envoyé ici pour rétablir sa santé. La ration entière ne lui suffit pas.

Du 14 mars au 8 avril. — Il n'a presenté aucun changement notable dans son état mental. Il est resté tranquille, n'a pas accusé d'hallucinations, et ses idées délirantes toujours à peu près les mêmes, ont été moins nombreuses. Il croit toujours qu'il a tué la mort, qu'on l'a empoisonné, mais il ne dit plus qu'il est Dieu, qu'il va réformer le monde.

9 *avril*. — Les hallucinations de la vue, de l'ouïe ont reparu. Cette nuit, il a vu des personnes de sa commune qui lui ont dit qu'il était perdu, que c'en était fait de lui. Il a déchiré ses vêtements croyant faire du bien à tout le monde.

10 *avril*. — Il ne veut pas répondre aux questions qu'on lui adresse; il demande la vie.

11 *avril*. — Cette nuit, il a vu des rubans de feu traverser sa cellule, des rats courir le long des murs. Il entend des voix qui lui disent qu'il est perdu. Il ne comprend rien à tout cela; il ne sait ce qu'on lui veut.

©BIUM

12 *avril.* — Mêmes hallucinations. 120 pulsations. Peau chaude. Inappétence. 3 bouillons, limonade.

13 *avril.* — 72 pulsations, moins de chaleur à la peau. Langue jaunâtre. — Fixité des yeux. 3 soupes.

14 *avril.* — 60 pulsations. — Langue moins sale. — Mutisme. 3 soupes.

16 *avril.* — Depuis deux jours, il ne veut ni manger ni parler.

17 *avril.* — Il a pris hier quelques aliments, après avoir été électrisé. Insensibilité complète de toutes les parties du corps. Je lui enfonce une épingle très-profondément à travers la peau et les muscles, sans qu'aucun mouvement dénote de la douleur. Le regard est fixe et le clignotement des paupières très-lent. Les paupières restent immobiles pendant 3 à 4 minutes. — Mutisme.

18 *avril.* — Il a bien mangé hier, parce qu'il craint l'électricité. Insensibilité. Fixité des yeux. Mutisme.

19 *avril.* — Il mange bien et a répondu hier : « merci », quand on lui a apporté des aliments. — La fixité des yeux est moins grande et la sensibilité est revenue à la face.

20 *avril.* — Il mange bien, mais ne parle pas. Sensibilité obtuse. Ulcérations aphtheuses de la langue et de la voûte palatine.

21 *avril.* — Même état.

22 *avril.* — Il prend bien ses aliments, mais il est tout jours plongé dans un état de stupeur. Il ne parle pas. La sensibilité est obtuse et le regard fixe.

23 *avril.* — 84 pulsations. — Guérison des ulcérations de la bouche.

Depuis hier, il ne peut pas se tenir debout; il nous fait comprendre par signes que les jambes lui font mal. La sensibilité est revenue.

24 *avril.* — 60 pulsations. — Bon appétit. Mutisme. — Il ne peut se tenir sur les jambes, ne parle pas.

25 *avril.* — Il ne souffre pas des jambes. — Moins de

©BIUM

fixité des yeux. Il ne veut pas encore parler ce matin. Il a chanté et dansé cette nuit, dans sa cellule.

27 *avril.* — Mutisme. — Il a été tranquille cette nuit.

28 *avril.* — 108 pulsations. Pas de chaleur à la peau. Bon appétit.

29 *avril.* — 84 pulsations. — Il continue à ne pas vouloir parler. Il est tranquille. Pas d'anesthésie.

30 *avril.* — 104 pulsations. — Mutisme.

1er *mai.* — La gendarmerie est venue le chercher aujourd'hui, pour le réintégrer à la maison d'arrêt.

Il doit passer en cour d'assises le 5 mai.

OBSERVATION II. — Agitation intermittente. — Même délire que son frère. — Guérison.

Le nommé P..... Clément, né à Vœuil en 1854, journalier, célibataire, sans aucune instruction, catholique, n'ayant pas fait sa 1re communion, est arrivé à l'asile de Breuty le 6 février 1874.

Taille petite, cheveux et barbe châtains, yeux bleus, bonne conformation crânienne, tempérament sanguin.

7 *février.* — Violente agitation, idées incohérentes. Il a chanté toute la nuit, et a tout bouleversé dans sa cellule. — Langue chargée d'un enduit épais et blanchâtre. — Pupilles dilatées, pouls fréquent, irrégulier, 120 pulsations; peau chaude. — 30 grammes de sulfate de soude, tisane d'orge, 3 bouillons.

8 *février.* — Même état; agitation, incohérence. — 30 grammes de sulfate de soude, tisane d'orge, bouillons.

9 *février.* — Il est moins agité, répond à quelques-unes des questions qu'on lui adresse. — Chaleur de la peau moins vive. — 84 pulsations. — 3 soupes, julep avec 0 gr. 10 extrait d'opium.

10 *février.* — Il a passé une bonne nuit, n'est plus agité, et répond à toutes les questions qu'on lui adresse. Le pouls

©BIUM

est à 64; il est toujours irrégulier. Les pupilles sont moins dilatées. Habitudes d'onanisme. — Il a mis le feu à la la maison qu'il habitait pour brûler la mort qu'il voyait marcher à ses pieds, sous la forme d'une grosse chenille, d'un jaune verdâtre. Ni lui, ni son frère ne se sont préoccupés de leur mobilier; son frère voulait même jeter aussi leur argent dans le feu; c'est lui qui l'en a empêché. — Il a commis quelques excès de boissons; il s'enivrait, surtout lorsque ses camarades le traitaient de moutard, et lui disaient qu'il n'était pas capable de boire beaucoup. — Il ne comprend pas qu'on l'ait accusé de folie, et qu'on l'ait envoyé à l'asile de Breuty.

Du 11 février au 1er mars, P... est tout à fait tranquille, mais persiste toujours à dire qu'il fallait qu'il brulât la mort.

2 *mars*. — L'agitation a reparu; il a déchiré sa couverture parce qu'elle était bleue et verte, que ces couleurs ne sont pas naturelles, et qu'on doit porter la laine telle que la brebis la produit (c'est aussi une idée de son frère). Il est le bon Dieu, et le gardien qui est à côté de lui, la sainte Vierge. — Incohérence des idées. Il est impossible de fixer son attention sur un seul sujet. — Il crache par terre, en disant qu'on l'a empoisonné, et qu'il faut que le venin sorte. Il se livre souvent à l'onanisme.

3 *mars*. — Agitation excessive avec incohérence dans les idées; il ne dort pas la nuit, ne fait que crier, chanter, déchirer ses vêtements et la literie, quand il n'a pas la camisole. Même délire.

12 *mars*. — Il est plus calme, a dormi la nuit, crie moins.

14 *mars*. — Il est redevenu tout à fait tranquille.

Jusqu'au 8 avril il reste calme.

9 *avril*. — L'agitation recommence. Il ne répond à aucune des questions qu'on lui adresse, crie, chante, se roule par terre, appelle le Pape, l'Empereur. — Yeux

©BIUM

hagards, peau chaude, pouls accéléré.— Tartre stibié, 0 gr. 10; 3 bouillons, tisane d'orge.

11 *avril.* — Il est complétement déshabillé dans sa cellule, dit qu'il est le diable, demande où est le bon Dieu, se croit un homme extraordinaire. — Peau chaude, 108 pulsations. — Haleine fétide.

12 *avril.* — Moins agité; pouls normal.

13 *avril.* — Tranquille; il se plaint d'avoir la bouche amère. Même délire. — Lorsqu'on lui demande pourquoi il était agité il y a quelques jours et commettait toutes sortes d'extravagances, il répond qu'il ne sait pas ce qu'il faisait, et pourquoi cela lui arrive. 64 pulsations.

14 *avril.* — Même état.

17 *avril.* — Il continue à rester calme. Il nous dit que c'est son frère qui lui a fait croire qu'on l'avait empoisonné, que la chenille était la mort, et qu'il fallait mettre le feu à la maison pour la brûler.

Son frère lui montrait souvent des fantômes qu'il ne pouvait voir.

Il a toujours été d'un caractère très-timide, et pour expliquer son caractère craintif, il ajoute qu'il avait peur des murs. Il regrette maintenant d'avoir ajouté foi à toutes les rêveries de son frère. — On va le juger, le mettre en prison, ce qui le désole.

18 *avril.*—Il est tranquille, demande à travailler. Quand on l'interroge sur ses idées délirantes, il répond qu'il ne comprend rien à tout cela, qu'il s'ennuie, qu'il ne sait pas si la chenille était la mort.

23 *avril.* — Il est toujours calme, mais il se plaint de s'ennuyer.

26 *avril.* — L'agitation a reparu cette nuit. — 95 pulsations par minute, incohérence dans les idées.

27 *avril.* — Il est excessivement agité, se roule par terre, chante, siffle, se masturbe devant nous.

©BIUM

28 *avril*. — Même agitation, 108 pulsations. — Tartre stibié, 0 gr. 10.

30 *avril*. — 100 pulsations. Même agitation; il est le diable, il va tout brûler.

1er *mai*. — Il est réintégré à la maison d'arrêt. L'agitation a un peu diminué.

Le parquet m'a demandé, à deux reprises différentes, mon avis sur les frères P... et les a fait examiner par les docteurs Eyriaud et Machenaud.

J'ai certifié qu'ils étaient atteints de folie, et mes confrères ont adopté mon opinion, après avoir cru d'abord à de la simulation de la part de ces inculpés.

5 *mai*. — Les frères P... sont traduits aujourd'hui devant la cour d'assises. Ils sont tranquilles et répondent avec précision aux questions qu'on leur adresse.

Appelé comme expert avec le docteur Eyriaud, pour émettre mon avis sur l'état mental de ces inculpés, je déposai devant le jury qu'ils étaient bien réellement atteints de folie, que malgré l'étrangeté, la bizarrerie et la simultanéité de leurs idées, on ne pouvait les soupçonner de simulation; que l'aîné des frères P... avait présenté des symptômes de stupeur et d'analgésie profondes, impossibles à feindre; que le plus jeune avait eu plusieurs accès d'agitation maniaque, avec fétidité de l'haleine, chaleur de la peau et accélération du pouls trop bien caractérisés, pour qu'il pût y avoir aucun doute sur leur nature. J'ajoutai que la folie avait été communiquée au plus jeune par l'aîné qui, étant enfant, avait déjà eu un accès de manie, qu'ils étaient prédisposés à cette affection par des antécédents héréditaires du côté paternel et du côté maternel, que la vie d'isolement, les excès de boissons et d'onanisme expliquaient facilement l'invasion de la maladie chez ces deux frères.

M. le Dr Eyriaud conclut également à la folie des frères P..., et M. le procureur de la République se désista

©BIUM

de sa poursuite contre eux. Ils furent acquittés par le jury, et mis à la disposition de l'autorité administrative.

Ils furent placés d'office à l'asile de Breuty, le 12 mai 1875, par un arrêté préfectoral.

13 *mai*. — Le nommé P... Jean est très-tranquille, répond avec lucidité à toutes les questions qu'on lui adresse, convient qu'il a été atteint de folie.

16 *mai*. — Il va moins bien, se plaint de céphalalgie, a les yeux hagards. Il entend des voix qui lui disent qu'il est le diable, qu'il est perdu. — 30 grammes de sulfate de soude, 5 bouillons, tisane d'orge.

17 *mai*. — Il n'a pas voulu prendre son purgatif, a dit qu'on voulait l'empoisonner, et s'est jeté sur le gardien qui le lui apportait. — 120 pulsations, bourdonnements d'oreilles, yeux brillants, injectés. — 0, gr. 10 tartre stibié, 3 bouillons, tisane d'orge.

18 *mai*. — Céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, 130 pulsations, langue blanche. Il n'a pas vomi hier, et n'est pas allé à la selle. Il demande à manger. 3 soupes.

20 *mai*. — Il est redevenu tout à fait calme. Ration entière.

21 *mai*. — Bon appétit. Il est calme ; il a moins de bourdonnements d'oreilles et de céphalalgie.

1er *août*. — Il continue à être tranquille, ne parle plus de ses idées délirantes, mais se plaint toujours d'être malade et ne veut pas travailler.

1er *janvier*. 1875 — Idées hypochondriaques très-marquées. Il ne cesse de se plaindre de mal se porter, bien qu'il paraisse jouir de la plus florissante santé ; il est très-paresseux, travaille peu. Dans certains moments, il revient sur ses idées de persécution, et prétend que s'il est malade, cela tient à ce qu'il a été empoisonné. Il est d'un caractère très-difficile, conseille aux aliénés qui travaillent avec lui aux terrassements de ne pas tant travailler : ils sont trop bons de se donner tant de mal pour les autres. Il

©BIUM

paraît toujours préoccupé de ses anciennes idées de réformes sociales, qui deviennent de plus en plus vagues. Il est peu communicatif, a le teint très-coloré, les yeux brillants. Du 1er septembre au 15 novembre, il a pris tous les jours 30 gr. de sulfate de soude, et s'est très-bien trouvé de ce dérivatif, longtemps continué. C'est lui-même qui le demandait.

1er *avril*. — Les idées délirantes persistent, surtout celles de persécution, mais il n'aime pas qu'on l'interroge sur ce point. Il est toujours sombre, préoccupé, peu laborieux, et l'intelligence paraît s'affaiblir. Je ne crois pas qu'il soit jamais susceptible de guérison, et il est probable, au contraire, qu'il finira par tomber en démence.

13 *mai*. — Le nommé P... Clément est hébété, sombre; il répond difficilement aux questions qu'on lui adresse.

1er *juin*. — Il a été pris hier d'un accès d'agitation avec incohérence dans les idées.

6 *juin*. — L'agitation a disparu à peu près complétement.

15 *juin* — Il est sombre, hébété, ne répond presque jamais aux personnes avec lesquelles il se trouve, excepté avec son frère, dont il paraît toujours partager les idées.

1er *juillet*. — Nouvel accès d'agitation semblable aux précédents.

8 *juillet*. — L'agitation a cessé depuis hier, pour faire place à un état de légère stupeur.

10 *juillet*. — Il est calme, mais hébété, ne parlant à personne. Il est séparé de son frère, et passe de la division des agités dans celle des tranquilles. On l'envoie travailler au jardin.

15 *juillet*. — Il commence à bien travailler, mais il est toujours hébété.

1er *janvier* 1875. — Depuis qu'il va au travail, qu'il n'est plus en rapport avec son frère, son état mental est allé toujours en s'améliorant. Il n'a plus eu de crises d'agitation, et l'hébétude a complétement disparu.

1er *avril*. — Il va très-bien, répond avec beaucoup de lu-

©BIUM

cidité à toutes les questions qu'on lui adresse, et s'occupe, avec ardeur et intelligence, à tous les travaux qu'on lui commande.

L'observation du nommé P... Clément est le cas le plus remarquable de folie communiquée que j'aie observée.

Les idées délirantes déterminaient chez lui des accès de manie fébrile bien caractérisés, tandis que son frère, qui les lui avait communiquées et qui en outre avait des hallucinations, est tombé pendant plusieurs jours dans un état de stupeur profonde, avec insensibilité complète de toutes les parties du corps.

P..., est en voie de guérison, et il a suffi, pour cela, de l'envoyer au travail et de le séparer de son frère qui, lui au contraire, tend à tomber en démence.

Les idées délirantes bizarres qu'ont présentées ces aliénés, ainsi que le mode d'association de ces idées, sont peu communes dans l'histoire de la folie, et l'on comprend très-bien que l'on ait cru d'abord qu'ils simulaient la folie, pour être acquittés du crime d'incendie pour lequel ils étaient poursuivis.

Au moment de leur entrée à l'asile, alors que je ne connaissais rien de leurs antécédents, je me suis moi-même, plusieurs fois, posé la question de savoir, s'ils étaient bien réellement atteints de folie; les renseignements que j'ai obtenus plus tard sur eux et la marche de leur maladie, n'ont pas tardé, heureusement, à dissiper tout doute dans mon esprit. Mon opinion était parfaitement arrêtée, longtemps avant leur comparution devant la cour d'assises, et depuis, leur observation journalière a confirmé entièrement mon diagnostic.

OBSERVATION III. — Délire partiel communiqué à toute sa famille.

Mme X... est atteinte de folie caractérisée par l'idée que le notaire chargé de la vente judiciaire de sa maison, l'a volée

©BIUM

en procédant à cette vente, qu'il doit lui en restituer le prix, tandis qu'il a servi à payer des créances hypothécaires ; elle a fini par persuader à son mari, à ses deux fils, à sa fille et à son gendre, que sa conviction était bien fondée.

Pendant 6 ans, son délire est toujours resté limité à ce seul point, et elle n'a cessé de poursuivre son notaire de toutes manières, pour qu'il lui restituât l'argent qu'elle prétend qu'il lui a volé.

Elle est intelligente, laborieuse, et en partie le soutien de sa famille. Aucune preuve n'a pu la convaincre de l'insanité de son idée, de l'inutilité de ses poursuites et des dangers auxquels elles l'exposaient.

Condamnée à deux reprises différentes à des amendes pour délit d'injures et de diffamations publiques, elle fut plus tard placée d'office à l'asile d'aliénés pour s'être livrée à des actes de violence sous la même impulsion délirante.

Sa famille, qui l'avait toujours encouragée à poursuivre son notaire, se plaignit vivement de ce placement, qu'un certain nombre de personnes de la ville considérèrent aussi comme nullement motivé.



Mme X... obtint sa sortie au bout de quelques mois, en promettant qu'elle renoncerait à ses poursuites.

Elle ne fut pas plus tôt mise en liberté, qu'elle recommença ses diffamations publiques et ses actes de violence qui nécessitèrent son arrestation. Elle fut conduite à la maison d'arrêt, et je fus chargé, avec un autre médecin, de faire un rapport sur son état mental.

Nous écrivîmes au parquet que, notre premier certificat, qui avait déterminé son placement à l'asile des aliénés, ayant été vivement critiqué par les docteurs C... et D..., nous désirions ne pas être chargés de cette nouvelle constatation de son état mental, qui, d'ailleurs, n'avait probablement pas changé. — Le parquet voulut bien se ranger à notre avis, et, sur notre demande, les docteurs C... et D... furent

©BIUM

nommés à notre place. Le docteur D..., n'ayant pas accepté, il fut remplacé par le docteur N...

Nos confrères adressèrent un long rapport, duquel il résultait que Mme X... n'était nullement aliénée, qu'il n'y avait chez elle qu'une erreur de jugement, et qu'elle était parfaitement responsable de ses actions.

A la suite de ce rapport, elle fut traduite en police correctionnelle, et je fus appelé à déposer devant le tribunal, ainsi que les docteurs C... et N..., sur l'état mental de Mme X.

Ceux-ci maintinrent leur opinion développée dans leur rapport, et l'un d'eux alla jusqu'à dire que j'avais inventé le délire de persécution pour les besoins de ma cause.

Ce fait prouve combien l'étude de la folie est souvent négligée, et combien il serait nécessaire de multiplier les cliniques de maladies mentales au lieu de les supprimer.

Le tribunal ayant constaté, comme je l'avais dit, qu'aucune preuve ne pourrait jamais convaincre Mme X... de la fausseté de sa réclamation, de la culpabilité de ses poursuites, que rien ne l'y ferait renoncer, l'acquitta comme aliénée. Elle fut mise en liberté, son avocat ayant promis qu'elle quitterait la ville.

Je n'ai jamais vu de délire aussi nettement limité, aussi tenace, malgré l'absence de tout phénomène hallucinatoire, cherchant à s'imposer avec autant de force et autant d'habileté, et l'on comprend très-bien que Mme X... ait pu faire partager à toute sa famille son idée délirante.

La croyance à cette idée était surtout très-fermement établie chez le mari, qui prétendait qu'on les avait volés, que le tribunal et la préfecture soutenaient leur notaire parce qu'il était du parti du gouvernement, et que lui était républicain.

Cette croyance était moins fortement enracinée chez les enfants ; parfois on pouvait les dissuader de leur erreur et leur faire promettre d'engager leur mère à cesser des pour-

©BIUM

suites qui ne pouvaient aboutir qu'à la priver de sa liberté.

Observation IV.— Délire de persécution communiqué de la fille à la mère.

La nommée P..., âgée de trente ans, est placée d'office à l'asile d'aliénés de Dijon, pour cause de délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe remontant à six mois. — Elle entend des voix qui lui disent des injures, prétend qu'on la tourmente de toutes manières, que ses ennemis l'empêchent de gagner sa vie.

Sa mère, qui vient la voir quelques semaines après son entrée à l'établissement, réclame avec instance sa sortie, prétendant que sa fille n'a jamais été aliénée; que non-seulement elle a été en butte à toutes sortes de présécutions, mais que ses ennemis se sont adressés à elle-même, depuis quelques jours, et veulent la réduire à la plus profonde misère.

Le délire de la nommée P... n'est pas accompagné d'hallucinations, lui a été communiqué par sa fille, et comme jusqu'à présent il ne l'a pas entraînée à des actes déraisonnables, on a pu la laisser en liberté.

Dans les asiles d'aliénés, les malades peuvent se transmettre les uns aux autres leurs idées délirantes.

Plusieurs fois j'ai vu dans nos établissements des individus, atteints d'excitation maniaque sans délire bien accusé, présenter, au moment où ils entraient en convalescence, des idées de persécution, par suite de leurs rapports fréquents avec des aliénés atteints de cette forme de folie.

Le renvoi dans leurs familles a suffi pour faire disparaître cette complication.

La folie par contagion est, du reste, le plus souvent facile à guérir: le délire est alors moins enraciné, et les troubles organiques du cerveau doivent être moins profonds

©BIUM

que lorsqu'il naît spontanément sous l'influence de l'exaltation des facultés affectives.

Les observations que nous venons de rapporter montrent la manière dont se développe la contagion de la folie.

La croyance aux idées délirantes des aliénés avec lesquels on vit est d'abord vague, confuse, intermittente; elle devient ensuite très-ferme, continue, et il arrive un moment où se déclarent de véritables accès de folie partielle ou générale. — Les individus qui ont subi l'effet de cette contagion, ne croient plus seulement à la réalité des persécutions imaginaires des aliénés; ils sont eux-mêmes en butte à ces persécutions, et la manie aiguë avec ses symptômes les plus graves, peut éclater, comme chez le nommé P... Clément.

Le contact prolongé des aliénés peut, sans aller jusqu'à produire la folie, déterminer l'irritabilité du caractère, l'excitation des instincts personnels.

L'étude de la physiologie cérébrable explique facilement la contagion de la folie.

Nos idées et nos sentiments dépendent en grande partie du milieu où nous vivons. « *Sumuntur e conversantibus mores*, » a dit Sénèque; les livres bibliques avaient signalé le même fait longtemps avant ce philosophe, et cette dépendance ne saurait guère être contestée aujourd'hui.

Comme l'a dit M. Bourdin (1), si l'on examine les personnes vivant longtemps ensemble, on voit s'établir entre elles une communauté au physique, au moral, et ce qui se passe pour les idées normales, régulières, se produit également pour les idées excentriques qui peuvent se transmettre sans grande résistance de la part de l'entourage.

A certaines époques, la folie devient épidémique par contagion; la démonomanie du XVII^e^ siècle, le mesmérisme

(1) *Annales médico-psychologiques*, t. XI, 1874, p. 253.

©BIUM

du XVIII^e^, le spiritisme et les tables tournantes de nos jours en sont autant d'exemples remarquables, et si l'on n'eût connu la puissance de l'imagination, l'on eût été vivement étonné, il y a quelques années, de voir les intelligences les mieux douées s'éprendre en grand nombre des ces idées purement subjectives à force de fréquenter leurs adeptes.

©BIUM

DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE

ET DE SES ALTÉRATIONS DANS LES AFFECTIONS MÉLANCOLIQUES

Par M. le Dr SEMAL
Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés de Mons (Belgique).

Mémoire qui a obtenu le prix Aubanel.

(*4e et dernier article.*)

QUATRIÈME PARTIE

Des troubles cénesthésiques.

Les considérations qui vont suivre ne sont pour ainsi dire que la synthèse de celles émises dans les chapitres précédents; il n'en peut être différemment puisque le sentiment cénesthésique n'est que la fusion, la résultante des sensations parties de tous les points de l'organisme, ou perception confuse de l'état général des nos nerfs, et en outre le fonds sur lequel se détache toute sensation perçue isolément, en dehors, bien entendu, des phénomènes des sens proprement dits. A ces divers titres la cénesthésie est la base de la constitution morale, c'est par elle que l'homme conscient de son individualité se sent vivre et règle ses réactions et ses mouvements extérieurs. Car les sensations complexes dont nous allons décrire sommairement les troubles, bien que restant vagues et indéterminées, parce qu'elles ne sont localisées dans aucun organe plus spécia-

©BIUM

lement que dans un autre, n'étreignent et n'envahissent pas moins l'être tout entier, ce qui les fait peser d'un poids énorme dans la balance des déterminations humaines. Peut-être imbu de préjugés métaphysiques, hésitera-t-on à accepter cette prépondérance de la sensibilité physique; mais comment affirmer encore ces tendances surannées, en présence de ce fait incontestable, que l'absence ou l'ablation de certains organes, les organes génitaux, par exemple, détermine des différences et des modifications radicales dans les caractères individuels, et cela dans toute l'échelle animale?

Cependant, nous n'allons pas jusqu'à confondre la cénesthésie avec ce qu'on est convenu d'appeler sensibilité morale, impressionnabilité morale, émotivité; on ne peut, il est vrai, établir une séparation entre ces phénomènes qu'en ayant recours à l'abstraction philosophique, car dans la vie ils se fusionnent nécessairement et fatalement, cependant une différence existe en principe, ce dont on peut se convaincre en analysant une émotion, peu d'instants après qu'elle a été ressentie. Qu'elle soit produite, en effet, par une perception idéale, ou qu'elle repose sur une sensation actuelle, ou encore qu'une réviviscence psychique l'occasionne, l'émotion ne mérite réellement ce nom qu'au moment où la force nerveuse accumulée un instant dans les hémisphères cérébraux, ou les centres encéphaliques, rétrograde dans les voies périphériques en éveillant ce frémissement qui de la nuque envahit successivement les membres supérieurs, le thorax, les viscères et parfois les membres abdominaux. Jusque-là, il y avait seulement idée, sensation, souvenir, image, mais c'est en s'unissant entre eux que ces phénomènes déterminent l'*émotion*. Pour nous, l'émotivité s'expliquerait donc par l'action réciproque de la cénesthésie sur l'activité psychique supérieure, et nous répudions formellement ce fameux *sens émotif* dont parlent si complaisamment Guislain, Cérise, Morel, oubliant proba-

©BIUM

blement que le terme *sens* suppose l'existence d'organes spéciaux de réception, de conduction et de perception, ce qui ne ressort ni des travaux des auteurs précités ni des recherches physiologiques plus récentes; aussi considérons-nous une telle appellation comme purement arbitraire et conventionnelle. Qu'il y ait des différences individuelles dans la susceptibilité émotive, qu'il existe une hyperesthésie à laquelle on peut donner la qualification de morale, c'est ce que nous ne prétendons en aucune façon nier, mais ces données ne militent nullement en faveur de l'opinion que nous combattons, et résultent seulement des conditions exclusivement physiques qui facilitent, exagèrent ou entravent l'évolution moléculaire des organes nerveux, conditions qui ont été précédemment énumérées.

A l'état habituel et normal de l'organisme, le sentiment cénesthésique est assez faible ; il n'acquiert d'intensité que dans les émotions et celles-ci peuvent se multiplier singulièrement dans l'état pathologique. Aussi est-ce avec raison qu'on a pu dire que c'est surtout quand on est surexcité ou malade qu'on se sent vivre; mais il eût fallu ajouter, pour être exact, que cette conscience de la vie revêt un caractère douloureux ou pénible, car l'intensité ou la répétition des émotions amènent nécessairement les conditions génératrices de la douleur.

Il est difficile d'adopter un ordre méthodique dans l'énumération des troubles cénesthésiques, ils se lient, s'engendrent, se substituent si intimement entre eux, et se résolvent en un tout si complexe que relativement au sujet qui nous occupe spécialement, nous pourrions les résumer dans la description de deux syndrômes : l'état mélancolique et l'état hypochondriaque. Cependant quelques détails sont possibles, sous ces réserves, et en observant en outre que nous ne pourrons plus, comme dans les chapitres précédents, laisser de côté sans inconvénient le retentissement que les altérations esthésiques ont, ou peuvent

©BIUM

avoir, sur les phénomènes psychiques ; car il ressort des considérations anatomo-physiologiques développées au début de ce travail que, par suite de leurs connexions étroites, les organes nerveux encéphaliques doivent nécessairement opérer synergiquement dans des proportions fréquentes relativement aux autres sensations isolément perçues par les centres supérieurs.

Aussi les troubles cénesthésiques renferment-ils les perturbations affectives et instinctives, auxquelles les auteurs de nationalité différente ont imposé les noms de folie lucide, de moral insanity, de Gemuthkraukeiten, etc.; toutefois il n'y aura lieu de se préoccuper ici que de ceux revêtus du cachet mélancolique.

En premier lieu se présente le *malaise* général précurseur de l'*anxiété*, de l'*angoisse* et de la *détresse*, tous symptômes qui trahissent des altérations physiques ou tout au moins physiologiques, et peuvent conduire à la longue aux dernières étapes de la raison. Est-il besoin de définir ces termes, de décrire les situations qu'ils résument ? L'implacable nécessité les a plus ou moins rendus familiers à chacun de nous ! Qui, dans la vie, n'a eu de ces moments pénibles où les émotions vous surprennent sans défense, où le cœur semble à l'étroit, où la pensée reste inerte et comme rivée à de sombres et décourageantes préoccupations? Qui n'a descendu un instant cette pente où vous entraîne l'ennui, le dégoût et la tristesse? Personne à la vérité; mais la plupart ont le bonheur de s'arracher aux ronces de la route sans être emportés vers l'abîme où guettent le suicide et la folie. Cet état qui étreint passagèrement l'homme aux mauvaises heures, est pour ainsi dire constant chez les mélancoliques, et il est naturel que chez eux, les affections, les devoirs, les intérêts même, perdent leur prestige.

La tristesse, il est vrai, se mêle à presque toutes les incubations morbides, mais elle constitue avec l'hyperesthésie

©BIUM

douloureuse dont elle est le corollaire, l'élément fondamental et caractéristique des lypémanies. Certains mélancoliques ont en outre l'organisme parcouru par des sensations indéfinissables, un peu analogues aux *aura*, et éprouvent soit à l'état de veille, soit surtout au moment de s'endormir, des saisissements qu'un simple attouchement, un petit bruit, ou même les perturbations habituelles de l'atmosphère suffisent à produire et qu'ils dépeignent comme des courants d'air frais ou chauds, ou des secousses électriques.

Les troubles thermo-électriques ne se bornent pas là; certains malades accusent un sentiment d'ardeur générale; d'autres ont des bouffées de chaleur qui leur montent à la tête; parfois au contraire existe une frilosité en contradiction avec l'état thermométrique de la peau, et qui se remarque principalement chez les mélancoliques et les femmes hypochondriaques. Ces sensations ne sont quelquefois pas complétement générales, en ce sens que certains organes ou série d'organes en sont préférablement le siége. Un jeune ecclésiastique, confié à nos soins, se plaint constamment de froid interne abdominal; les bizarreries hypochondriaques de ce malade prenant leur source dans des antécédents héréditaires, ont résisté à tout traitement.

Si nous passons aux troubles de la sensibilité électro-magnétique, nous verrons qu'ils sont fréquents chez les aliénés en général et surtout chez les hypochondriaques. A l'état normal les variations thermométriques et météorologiques ont déjà un retentissement sensible sur les personnes douées d'un tempérament nerveux, et leurs tendances ne sont en réalité qu'exagérées dans les périodes prodromiques des folies mélancoliques.

Certains auteurs ont essayé de trouver des différences entre les effets magnétiques et les effets électriques, mais il semble d'autant moins rationnel de s'avancer dans cette

©BIUM

voie, que les efforts des sciences physiques tendent au contraire à confondre l'électricité et le magnétisme, ou plutôt à les regarder comme deux modes d'un même agent. Toutefois il résulte des faits que chacun peut observer, que la situation des mélancoliques varie avec les perturbations électro-magnétiques de l'air atmosphérique : tantôt il y a hyperesthésie cénesthésique pendant laquelle les malades prétendent ressentir des fourmillements électriques dans tout le corps, tantôt il y a une dépression semblable à celle que l'on éprouve normalement par un temps chaud, humide et étouffant. Du reste, il est à remarquer que chez les aliénés mélancoliques et hypochondriaques, il n'y a en somme qu'une susceptibilité exagérée à subir les impressions électro-magnétiques, dont chacun forcément ressent une part proportionnelle à son degré d'impressionnabilité. Aussi comprend-on que les efforts de Reichenbach aient été infructueux à produire par l'electricité des sensations nouvelles, qui ne se rapportassent pas à des sensations de contact, de température et de mouvement.

Signaler l'influence des changements atmosphériques sur les hypochondriaques, est à peine utile si l'on se rappelle que dans certains pays, ces catégories d'aliénés sont désignées par les appellations de lunatiques, même de fous magnétiques que, paraît-il, on leur donne, ainsi que nous l'apprend M. Ponza, dans une lettre adressée au père Angelo Secchi, et qui figure dans la livraison de janvier 1874 des *Annales médico-psychologiques*.

En outre, pour ce qui regarde spécialement l'hypochondrie, rappelons que Révillon, en 1786, prétendit avoir trouvé la véritable cause des affections hypochondriaques, dans les variations électriques de l'atmosphère.

I. PERVERSIONS CÉNESTHÉSIQUES.

Si nous passons aux perversions cénesthésiques, nous les trouvons nombreuses et variées chez les malades

©BIUM

qui nous occupent. Certains d'entre eux affirment que leur corps entier, ou seulement quelques membres sont soulevés en l'air. M. Legrand du Saulle en rapporte, entre autres, un cas dans sa remarquable étude du *Délire des persécutions* (37e observation) : il s'agit d'un nommé Bétinat qui se sentait soulevé sur son lit, et qui était en outre travaillé par des illusions internes de tout genre.

D'autres fois le sentiment contraire existe : une malade de notre asile soutient avec les mains sa jambe gauche, sous prétexte que celle-ci pèse énormément ; ou bien elle reste couchée des jours entiers parce que le poids de son corps l'empêche de se tenir debout. Ces illusions sont l'origine de son délire ; *ce sont des personnes qu'elle ne désigne pas parce qu'on les connaît bien*, qui la persécutent ainsi pour la faire mourir.

Parfois encore les illusions portent sur les dimensions du corps ou de certaines parties seulement, et constituent des aberrations de ce que Valentin a décrit sous le nom de sentiment de l'intégralité : quand on observe, dit Spring, les aliénés réunis dans un préau, on en distingue qui marchent en boitant d'une manière singulière à cause de la longueur démesurée de leurs membres, d'autres n'osent regarder ou s'approcher des murs par crainte de les toucher avec leur nez trop long, etc.

Citons encore comme illusion cénesthésique, ou plutôt comme idée délirante basée sur des perversions cénesthésiques, le fait de ces hypochondriaques qui s'imaginent être de verre, de cire, de beurre. Enfin rappelons que d'autres sentent des animaux de toute espèce leur parcourir le corps ; ou croient être porteurs d'une batterie électrique, tous symptômes que nous avons signalés quand ils étaient localisés, et dont l'énumération ferait ici double emploi.

Avant de terminer l'examen des troubles perversifs cénesthésiques, nous devrions peut-être mentionner l'*extase*,

©BIUM

qui est en réalité une altération presque totale du sentiment de la personnalité, laquelle prend incontestablement sa source dans les sensations cénesthésiques.

Transporté dans un monde idéal, le malade paraît insensible à ce qui se passe autour de lui ; mais la sensibilité interne est loin d'être également abolie ; il y aurait même exagération s'il faut s'en rapporter aux descriptions laissées par une illustre extatique (sainte Thérèse). Ce phénomène peut se présenter dans le cours des affections mélancoliques, ainsi que nous avons pu le constater chez une jeune fille, Julie W....., âgée de 14 ans, et devenue mélancolique à la suite d'un attentat dont elle faillit être victime. La secousse morale fut si intense que le délire moral éclata pour ainsi dire brusquement. Dans certains moments elle restait immobile, les yeux tournés vers le ciel, le visage sillonné de grosses larmes, les mains à demi-ouvertes, les bras écartés du corps, et prononçant des mots inarticulés où se distinguaient seulement ceux-ci..... *ma mère*....., répétés fréquemment. Ajoutons qu'il n'y avait en dehors de ces accès, aucun signe de stupeur, et que le délire qui s'était du reste rapidement amendé, ne revêtait nullement le cachet mystique ou religieux.

Seulement à mesure que les accès extatiques s'éloignèrent, ils furent remplacés par des crises convulsives qui se multiplièrent tellement que la vie de la malade fut en danger. Elle se rétablit néanmoins, mais des accès convulsifs se produisirent encore.

L'extase était-elle déjà un symptôme d'épilepsie, alors larvée peut-être ? était-ce une catalepsie ? nous ne pouvons nous prononcer à l'égard de ce dernier point sur lequel nous partageons l'opinion exprimée par M. Jules Falret : « Je pense, dit ce savant aliéniste, que l'on a réuni sous le nom de catalepsie des faits qui diffèrent singulièrement les uns des autres, non-seulement par l'ensemble de leurs symptômes et par leur marche, mais par le caractère

©BIUM

même qui seul permet de les rapprocher, et que par conséquent, dans la description que l'on a donnée jusqu'ici de cette affection, on a plutôt fait l'histoire d'un symptôme que d'une maladie véritable (1). »

II. DE L'ÉTAT HYPOCHONDRIAQUE.

L'état hypochondriaque, qui ne doit pas se confondre avec le délire de ce nom, n'est en somme qu'une hyperesthésie cénesthésique. Les malades qui en sont atteints, au lieu de laisser les sensations générales dans le vague et l'indécision où elles naissent normalement, s'efforcent de les distinguer les unes des autres, en concentrant sur elles une attention soutenue, et en associant ces sensations nouvelles, ou du moins négligées habituellement, avec leurs pensées, leurs souvenirs, leurs connaissances intellectuelles.

Peu prononcées au début, ces tendances s'affirment à la longue, toutes les fonctions sont passées en revue pour y trouver la cause du malaise qu'endure le malade; peu à peu, l'habitude et la réflexion mentale aidant, il en arrive à distinguer (et partant à s'émouvoir par elles) toutes ces petites sensations qui antérieurement restaient dans un ensemble confus.

Cependant le sujet se croit malade simplement, et rapporte à l'état de son organisme ou de tel ou tel viscère, les souffrances qui l'étreignent, et comme conséquence naturelle, court de médecin en médecin, faire le récit toujours plus pittoresque et plus détaillé de sa situation. Il interrogera avec persévérance, et mettra une finesse et une pénétration remarquables à scruter les réponses qui lui seront faites, et malheur au praticien qui consent généralement à

(1) *De la catalepsie in Archives générales de médecine*, numéros d'août 1857 et suivants.

©BIUM

entrer dans la voie de la discussion, car ce sera peut-être lui par moments, le plus à plaindre. Son tyran, car rien n'est tyrannique comme un hypochondriaque alors que les progrès de la maladie ne l'ont pas encore conduit à s'isoler du restant des hommes, compile et commente tous les ouvrages médicaux qui lui tombent sous la main, et qu'il finit par chercher avec avidité; puis armé d'arguments qu'il croit péremptoires, il viendra conjurer son médecin de le guérir tantôt d'une maladie de cœur dont les palpitations ou le désordre des battements attestent suffisamment l'existence, tantôt d'une gastrite (mot souvent favori) justifiée par mille troubles dyspeptiques, etc... Enfin qui pourrait jamais énumérer toutes les bizarreries des hypochondriaques ou les motifs qui les déterminent dans leurs actes ridicules et insensés.

Qu'on n'aille pas croire cependant que l'imagination seule dicte les descriptions parfois si émouvantes qu'ils font de leurs douleurs; celles-ci sont réelles; elles ont une base psychologique; ces sensations indéfinissables sont ressenties, ces souffrances sont endurées; la crainte et les préoccupations en doublent seulement l'acuité, en exagèrent la portée. D'autres fois un sentiment louable de sympathie est l'origine de la névropahie : les souffrances des personnes de l'entourage exercent une espèce de contagion morale (1), développée par les idées et croyances populaires, la lecture inconsidérée de livres de médecine, ou les doctrines médicales régnantes. L'effroi et la peur de contracter une maladie épidémique exercent aussi une influence désastreuse en

(1) Il est juste de remarquer cependant qu'il doit y avoir prédisposition; tous les cas de *folie à deux*, que notre expérience personnelle nous a permis d'étudier, étaient survenus entre parents, et les antécédents héréditaires les justifiaient amplement. Dans d'autres circonstances, c'étaient surtout les dires, les raisonnements du malade qui impressionnaient son entourage.

©BIUM

fixant l'attention du sujet sur des symptômes insignifiants, sur de simples sensations normales, auxquelles l'imagination prête une valeur et une portée inusitées.

Mais on ne saurait trop le répéter, les hypochondriaques ne sont pas des malades imaginaires, les sensations qu'ils accusent, quelque bizarres qu'elles soient, ils les sentent telles qu'ils les décrivent. Un vieux praticien, auquel l'expérience avait pendant 50 ans dessillé les yeux sur les prétendues sensations illusoires des malades, nous disait un jour que le meilleur moyen de savoir à quoi s'en tenir au sujet des récits variés des hypochondriaques, était de décrire ce que soi-même on ressentait, dans une indisposition douloureuse quelconque, et de relire plus tard cette narration sur la sincérité de laquelle aucun doute ne pourrait s'élever. Il garantissait que chaque fois un sourire d'incrédule pitié se dessinerait involontairement sur les lèvres.

Quoi qu'il en soit, ce qui nous paraît incontestable, c'est que les efforts faits par les hypochondriaques pour définir ce qu'ils endurent n'est pas étranger à la génèse de leur délire. Jusqu'au moment où le malade rapporte à des causes reconnues par d'autres, l'origine de ses maux, il emploie des termes et des comparaisons en accord avec le sens commun; mais dès qu'il a acquis la certitude qu'il est impuissant à se faire comprendre, et que tous ses efforts, pour attirer un sympathique soulagement ont échoué, il fait un retour sur lui-même, et des longues méditations où il reste plongé, suit cette conséquence naturelle, presque logique, *qu'il ressent autrement que les autres*, et que ses maux doivent avoir une origine inconnue, mystérieuse, surnaturelle peut-être. Dès lors, cette tendance irrésistible de l'homme à personnifier les abstractions, favorisée d'ailleurs par les dispositions naturelles du tempérament et du caractère propre aux personnes nerveuses, entraînera l'imagination hors des sentiers ordinaires et lui feront mériter

©BIUM

l'épithète de *folle du logis*, que le spirituel Ch. Nodier, lui inflige en tout temps.

Aussi le malade entre-t-il de plain pied dans une phase nouvelle; ce n'est plus l'état hypochondriaque, c'est la folie de ce nom, dont nous aurons à esquisser les traits dans la dernière partie de ce travail. Auparavant, laissons un instant la parole à une de ces victimes, à un de ces patients dont le récit sympathique achèvera une description que nous reconnaissons être bien terne à côté de la réalité :

« Malgré la peine que j'ai à écrire, j'espère y parvenir en ajoutant quelques lignes tous les jours. Je ne suis pas étonnée que ce que je vous ai écrit vous ait paru inextricable; je veux essayer de vous rendre compte de mon état, quoiqu'aussi difficile à exprimer, qu'impossible, je le crois, à comprendre comme à guérir. Il est toujours le même, en ce que je souffre constamment, et n'éprouve pas une minute de bien-être, ni une sensation humaine; mais il a fallu me retrouver dans une campagne que j'aimais et où j'ai été si heureuse, au milieu de jouissances que j'appréciais si bien, pour connaître l'excès de mon malheur et l'horreur de mon existence; entourée de tout ce qui fait le bonheur et l'agrément de la vie, la jouissance n'est pas plus en mon pouvoir que la sensation; l'une comme l'autre me sont impossibles. Je ne puis que me dire comment cela m'a rendue ou me rendait heureuse. Encore l'objet de la tendresse de mon père, de mon mari, de mes enfants, de l'attachement de mes domestiques, de l'affection de mes amis, desquels je reçois mille marques d'intérêt, je n'y puis trouver ni soulagement, ni consolations, ni distraction : seulement le regret de n'en pouvoir jouir ; ce n'est point de l'apathie, de l'indifférence ou de l'égoïsme; rien ne fut jamais plus loin de mon caractère. Oui, Monsieur, l'être malheureux et déchu qui vous écrit fut aussi bon et sensible à l'excès, que trop peut-être susceptible d'exaltation et d'enthousiasme. Je ne partage plus le bonheur qui m'entoure; ce n'est pas

©BIUM

la souffrance qui m'en empêche; elle ne l'exclut pas, je l'ai bien éprouvé; dans les commencements même de mon horrible maladie, *je souffrais horriblement*, j'étais d'une faiblesse extrême ; il me fallait du courage pour me lever ; être soutenue par mon mari, m'appuyer sur lui, non-seulement m'en donnait, mais m'y faisait trouver du plaisir, et maintenant, dans les plus tendres caresses, dans celles de mes enfants, je ne trouve que de l'amertume, j'y réponds en apparence avec effusion, je les couvre de baisers ; on peut croire que j'y trouve du plaisir; je le cherche; quelque chose est entre eux et mes lèvres : et cette horrible chose est entre moi et toutes les jouissances de la vie; mon intelligence les connaît, se les rappelle, mon imagination se les retrace, et je ne les éprouve pas. Une existence incomplète, un état que je ne puis rendre, où pas une minute, pas une sensation ne me rappelle, je ne dis pas l'état de santé, mais de vie ordinaire; ses fonctions, ses actions me restent ; mais quelque chose manque à chacune. La sensation qui lui est propre et la jouissance qui en est la suite ne peuvent donner le courgae et la volonté. Je me débats en vain contre l'horreur de mon sort, dont il m'est impossible de me distraire par aucune occupation, ni presque par la conversation. En tout, partout, je ne trouve que *souvenir*, *regret* et *privation*. Ah ! s'il me restait la jouissance que vous me supposez, je ne me plaindrais pas des souffrances, je ne me plaindrais pas des privations.

» L'excès d'un tel malheur ne peut se concevoir ni s'exprimer. L'imagination, je crois, ne peut y atteindre. Me promener dans la campagne, par un beau temps avec mes enfants, mon mari, l'entendre comme autrefois faire des remarques, me consulter sur ses projets ; et loin d'y trouver quelque intérêt, je n'éprouve que l'effroi de ne pouvoir en être le témoin; car ce manque de vie que je ne puis exprimer me rend chaque minute un supplice, et pour comble d'horreur, ma santé semble s'y affermir. On me dit que

©BIUM

j'ai bonne mine, que j'engraisse; je ne me sens pas faible, mes règles sont revenues depuis quinze jours, et j'ai plus de sommeil qu'à Paris, quoique toujours privée du calme qui le précède et du soulagement qui le suit ordinairement: et j'ai trente-et-un ans. Quel horrible avenir! souffrir sans soulagement, sans distractions ni consolations, et ne plus éprouver une sensation agréable, ni une minute de jouissance et de satisfaction! la source en serait-elle à jamais paralysée, tarie pour l'infortunée qui vous écrit ?

» Je ne sais si j'ai pu me faire comprendre; mais tout ce que je vous ai écrit est littéralement et *physiquement* vrai, l'imagination n'y entre pour rien, quoique peut-être vous le jugerez ainsi. Je n'ai point eu de chagrin; c'est de l'existence la plus heureuse que je suis tombée dans un malheur que je crois sans exemple et dont la cause est tout entière, je le pense, dans un caractère doué, dès mon enfance, d'une grande sensibilité. Je perdis à 15 ans mon grand-père qui m'aimait beaucoup. On me mena consulter M. Percy, qui répéta qu'une vie calme m'était surtout nécessaire. Cette sensibilité resta sans objet jusqu'à mon mariage. Je pris pour mes enfants et surtout pour mon mari le plus vif attachement. Rien n'a troublé mon bonheur, mais sa santé s'altéra, son humeur était inégale. Voir dans ses yeux l'apparence de la souffrance, du mécontentement ou de l'humeur, *me causait un serrement de cœur, une anxiété* que le retour seul de son bien-être ou de sa satisfaction pouvait soulager. Trop sensée pour me livrer à la vivacité de de mes sentiments, je réussissais plutôt à les dissimuler qu'à les modérer ; et malgré cet intérieur si agité, je conservais toujours une grande égalité d'humeur. J'avais depuis longtemps renoncé au spectacle, au roman et à toutes lectures qui peuvent prêter à l'exaltation ; je n'aimais ni le monde ni les plaisirs. Ma famille, la société d'un voisinage agréable me suffisaient si bien, que je puis dire avec vérité que je n'ai jamais connu l'envie. Je restai dans cet état jusqu'au

©BIUM

mois de février dernier où je tombai sérieusement malade ; ayant dans mes prières offert ma vie et ma santé pour obtenir celle de mon mari, je crus être exaucée, et pendant trois mois de cruelles souffrances, dans la pensée tour à tour de guérir et de mourir, l'une me trouvant aussi résignée que l'autre me trouvait heureuse ; mais alors une violente crise fixa l'état où je suis maintenant, qui pour moi n'a pas varié depuis et pour lequel il n'est plus de résignation, de courage ni de consolation. Je suis toujours dans l'état affreux que j'ai essayé de vous dépeindre, ou dans une souffrance continuelle ; je ne connais plus ni bien-être ni aucune sensation qui me rappelle la vie ordinaire ; l'existence incomplète, horrible, indéfinissable qui me reste est aussi incompréhensible pour moi qu'elle peut vous le paraître : chacun de mes sens, chaque partie de moi-même, isolée en quelque sorte du reste de mon être, n'a plus le pouvoir d'y communiquer aucune sensation; cette impassibilité me paraît tenir au vide qu'il me semble éprouver au front, à la diminution de sensibilité de toute la superficie de mon corps, ce qui m'ôte la perfection du tact, car il me semble ne jamais atteindre l'objet que je veux toucher; et, dans la souffrance que j'éprouve dans la tête et la bouche, ce que je ne puis comparer à rien de ce que j'ai souffert avant cette horrible maladie; il me semble qu'une partie de ma salive filtre douloureusement à travers mon palais et entre mes gencives et mes dents ; mon cœur ne semble plus avoir aucune communication avec mon cerveau. Mon corps ressent l'impression de la température par le sens du toucher ; mais la sensation interne due à l'air que nous respirons, je ne l'ai pas. Tout ceci, malgré la souffrance qui en résulte, serait encore peu de chose pour moi, s'il n'avait l'affreux résultat d'une impossibilité physique de toute autre sensation et de jouissance de toute espèce, lorsque j'en éprouve un besoin et un désir qui rend ma vie un supplice incompréhensible. Chaque fonction, chaque action de ma vie me

©BIUM

reste, mais privée de la sensation qui lui est propre, de la jouissance qui en est la suite. J'ai les pieds froids, je les chauffe, ils deviennent chauds, sans que j'aie éprouvé le plaisir de me chauffer ; je reconnais le goût de tout ce que je mange sans y trouver le moindre plaisir; il en est de même de tout le reste. Mes yeux voient, mon intelligence est avertie, mais la sensation qui devrait résulter de ce que je vois, n'existe pas.

» Ainsi mes enfants sont très-grands, embellis et fortifiés, tout le monde me le dit, je le vois, mais la jouissance, ce bien-être intérieur que je devrais ressentir, je ne l'éprouve pas. La musique a perdu pour moi tout son charme, je l'aimais beaucoup. Ma fille joue très-bien, mais ce n'est pour moi que du bruit. Cet intérêt si vif qui me faisait trouver le plus petit air sous leurs doigts un concert délicieux, qu'il n'y a pas encore un an, me faisait voir dans leurs talents l'agrément et l'amusement de notre vieillesse ; ce frémissement, cette vibration générale qui me faisait répandre de si douces larmes, tout cela n'existe plus; j'en répands encore, mais de regrets. Par vos conseils j'ai repris mes habitudes domestiques; mais hélas! ces douces occupations qui faisaient mon bonheur et qui, jointes à l'étude et un peu de société, remplissaient si agréablement ma vie, ne peuvent ni m'intéresser ni me distraire. Enfin, Monsieur, pour achever, s'il est possible, de vous donner une idée de mon affreuse existence, je conserve toutes mes facultés, la même sensibilité, les mêmes sentiments de tendresse, avec le besoin de me dévouer et d'être utile aux objets de mon affection. Je ne sais quelle idée on vous aura donné du commencement de mon horrible maladie. *En proie à d'affreuses souffrances*, je disais des choses qui devaient paraître extraordinaires, et qui n'étaient pour moi qu'une manière d'exprimer et de tâcher de faire comprendre ce que je souffrais; *Mon intelligence n'a jamais été altérée en rien.* »

Voilà bien, s'écrie Brachet, auquel est adressée cette dou-

©BIUM

loureuse épître, un type, un modèle de l'hypochondrie. Non en vérité, ce n'est que le tableau le plus fidèle de l'état hypochondriaque, mélangé d'état mélancolique, et c'est même ce dernier motif qui nous a engagé à transcrire ce passage dont l'importance excuse la longueur, et dont nous serons d'autant mieux pardonnable que nous avons été sobre de citations.

Remarquons, du reste, que Brachet, dans l'œuvre remarquable qui lui valut en 1844 la palme à l'Académie de médecine de Paris, ne fait aucune différence entre l'hypochondrie simple des auteurs (hypochondria sine materiâ, de Michea) et le délire hypochondriaque.

III. DE L'ÉTAT MÉLANCOLIQUE.

La tristesse, dit un Père de l'Eglise (1), est sœur du doute, de l'indécision, de la colère; et ces mots résument admirablement l'état mélancolique. La longue observation que nous venons de citer, est à certains égards le tableau fidèle de la situation morale que nous esquissons ici. Cependant, au rebours de l'hypochondriaque, le mélancolique n'exhale pas de plaintes, sa douleur se tait, les larmes lui manquent pour l'épancher avec fruit. Sans cesse plongé dans de sombres et silencieuses méditations, les regards tournés vers le passé, il semble demander aux ans de revenir sur leurs pas; car ce qui le domine c'est le regret des heures perdues dans l'inaction, ou le doute sur la valeur morale de ses agissements antérieurs. Indifférent à ce qui l'entoure, le plaisir est sans attrait pour lui, il s'en détourne et le fuit; la joie des autres l'irrite, aussi s'éloigne-t-il de la société de ses semblables. Cependant ses idées sont encore justes, ses jugements sains, la préoccupation du moment, l'ennui et le dégoût de tout travail affaiblissent progressivement la mé-

(1) *Le pasteur d'Hermas*, cité par Donaldson.

©BIUM

moire et obscurcissent l'intelligence. Si dans les commencements un rayon d'espérance, un effort énergique vient parfois dérider son front soucieux, ces éclaircies, ces embellies morales se font de plus en plus rares, et la tristesse passe à l'état de chagrin permanent. L'humeur s'aigrit, la colère ou le découragement couvent sous chaque parole, sous chaque geste; l'énergie morale s'éteint, les forces se dépriment, les réactions vitales s'affaiblissent, et dans l'indécision morale et physique qui en résulte, le malade choisit invariablement le parti le plus propre à aggraver sa situation. Indifférent à ses propres intérêts, comme à ceux des êtres qui lui étaient chers, il se confine dans la solitude, néglige sa personne et ses affaires, et parfois appelle à son aide les excès vénériens, ou de honteuses et solitaires pratiques, qui l'entraînent plus sûrement à l'apathie, à la stupeur, à l'obtusion intellectuelle. Cependant celle-ci fait défaut souvent, à cette phase de la maladie, et par une sorte de réaction, moins volontaire que motivée par son caractère antérieur, le mélancolique recherche avec une curieuse avidité la cause et les motifs de ses tourments, il scrute le passé, fouille le présent, pressent l'avenir sous de sombres aspects; et tour à tour repentant, agressif ou découragé, il éprouve un penchant irrésistible à la dépréciation de soi-même ; ou bien méconnaissant qu'il a été l'artisan involontaire et parfois habile de son malheur, il plonge un regard irrité et soupçonneux dans la conduite et les actes de ceux qui l'entourent, et se demande si ce n'est pas là qu'il doit trouver les fauteurs d'une situation devenue insoutenable, et que le suicide ou la vengeance viendra trancher si le malade ne s'arrête pas sur cette pente où la chute est souvent d'une vertigineuse rapidité. Mais ces derniers faits anticipent sur les événements, et ne sont plus habituellement le fait du *malade simple*, mais celui de *l'aliéné* ; car jusqu'à cette limite il n'y a encore que maladie ordinaire et un coup d'œil jeté sur l'organisme le fait bien voir. En effet, sans compter

©BIUM

les maladies asthéniques qui sont souvent précédées ou suivies d'un état mélancolique, les soucis, les peines morales, les douleurs physiques amènent promptement les désordres matériels et fonctionnels que nous avons si minutieusement énumérés, et qui se résument par le mot *dépression*. Toutes les fonctions physiologiques s'alanguissent ; les tissus se relâchent, l'énergie vitale s'abaisse, des troubles circulatoires et respiratoires se produisent, l'appétit se perd, la nutrition devient défectueuse, le sang s'appauvrit ; le défaut de sommeil entretient une sorte de sub-éréthisme nerveux, contrastant avec une faiblesse, une adynamie, et une atonie des autres systèmes.

Avec l'état mélancolique se termine la série des troubles de la sensibilité générale compatibles avec la raison, mais qui constituent les écueils sur lesquels elle viendra inévitablement s'échouer.

Un dernier mot cependant avant de clore cette partie de notre travail et d'aborder les considérations psycho-pathologiques qui doivent le terminer. Sommes-nous resté dans les limites que nous imposait la définition que nous avons donnée de la sensibilité générale ? Sans aucun doute nous pouvons nous flatter de ne les avoir point dépassées ; peut-être même sommes-nous resté en dessous de la tâche que nous nous étions imposée. Mais qu'on jette un regard impartial sur l'ensemble des détails qui précèdent ; en est-il un seul qui relève d'une sensibilité spéciale, est-il un seul symptôme qui puisse revendiquer comme antécédents les éléments que nous avons assignés à la sensibilité générale ? A-t-il été question, ou a-t-on même été obligé de faire intervenir les sens spéciaux? Non, et même on peut constater l'exactitude du fait que nous n'avions cessé de mettre en relief, à savoir que les sensations qui sont du domaine de la sensibilité générale n'empruntent rien ou peu à l'activité cérébrale, à l'état normal du moins, car nous avons au contraire insisté sur la particularité remarquable que possèdent les

©BIUM

altérations de cette faculté du système, d'éveiller l'énergie psychique. A mesure que nous avancions dans leur description, qu'elles se groupaient pour former une résultante plus complexe, à mesure aussi nous avons vu leur influence sur les idées et sur les actes, s'accroître graduellement.

CINQUIÈME PARTIE

Considérations psycho-pathologiques sur la genèse des délires mélancoliques.

I. DE LA DISTINCTION ENTRE L'ÉTAT RAISONNABLE ET LA FOLIE.

Toute étude doit délimiter son objet, elle n'est possible qu'à ce prix, car l'esprit humain ne peut saisir les choses que quand elles s'offrent à lui sous des formes déterminées et avec des caractères tranchés. Mais il faut convenir que les délimitations sont presque toujours arbitraires et que les faits se refusent à entrer dans nos divisions conventionnelles. Ainsi la folie sort de la raison par des transformations et des gradations parfois si lentes, qu'il est presque toujours impossible de dire le moment de sa naissance.

Quoique nous regardions la raison et la folie comme très-distinctes, il suffit cependant de s'élever au-dessus du point de vue ordinaire, pour inférer que toute ligne de démarcation tirée entre elles est essentiellement arbitraire. A la vérité, si l'on se borne à contempler les formes extrêmes, cette assertion paraîtra paradoxale. Mais, il est néanmoins incontestable, qu'entre l'acte pesé en toute liberté de conscience par l'homme raisonnable, et les impulsions irrésistibles de l'aliéné, on peut distinguer une série d'actions s'enchaînant de telle façon qu'il soit impossible de dire à un certain moment : ici finit la raison, ici commence la folie.

©BIUM

Si, cessant de considérer les actes, les manifestations extérieures, nous n'envisageons que leurs mobiles intérieurs, nous retrouverons encore la même indécision, car toutes les altérations de la sensibilité, ou plutôt toutes les manifestations sensibles que nous qualifions d'anormales et que nous avons énumérées dans les chapitres précédents, comme inhérentes aux troubles mentaux, sont compatibles avec l'intégrité la plus complète des facultés intellectuelles.

Mais, dira-t-on, entre les actes et leurs mobiles, il s'interpose toute une série de jugements associés, coordonnés, et c'est là que nous trouverons ce critérium de la folie que nos autres recherches n'ont pu nous dévoiler. Certains troubles de l'esprit se traduisent par cette ataxie intellectuelle, mais pour ceux qui nous occupent, nous invoquerions en vain l'assistance de ce fait incontestable, car les idées délirantes des mélancoliques n'offrent pas la dissociation et les erreurs syllogistiques qu'on rencontre chez les déments ou les maniaques.

A quelque école que l'on s'adresse pour obtenir, non une définition de la folie, ce qui serait trop exiger puisque la science n'a même pu en donner une de la santé d'esprit, mais seulement un signe distinctif quelconque qui permît de la reconnaître, on n'obtient qu'une réponse évasive, que l'énonciation d'un fait applicable à tel cas déterminé, mais absolument étranger aux autres, ou bien on se heurte à des subtilités insoutenables.

Les spiritualistes affirment que la folie est une maladie de l'âme, mais en se mettant à leur point de vue, on ne trouve pas encore le critérium qui la fera distinguer des désordres moraux et intellectuels ; et rien n'empêche dès lors de la confondre avec le péché, comme l'a fait Heinroth, avec l'erreur, comme l'a fait Leuret. Il est vrai que les partisans du siége psychologique de la folie ne sont pas plus embarrassés pour cela, et répondent que si l'âme est susceptible de deux sortes de désordres aussi différents l'un de

©BIUM

l'autre que le péché et l'erreur, ils ne voient pas pourquoi elle n'en admettrait pas un troisième, à savoir la folie (1). Nous n'y verrions aucun inconvénient si cela résolvait la question, mais de leur propre aveu il est impossible de distinguer la folie de ce qui l'avoisine, et notre embarras n'a fait qu'augmenter.

Serons-nous plus heureux en nous adressant aux écoles positivistes? Nous aurons en tout cas une réponse catégorique, nette, sans le moindre ambage : *la cellule cérébrale est l'officine de la pensée*, dit M. Auguste Voisin, et par conséquent quand le tissu cérébral est altéré, la pensée l'est également. Il n'y a rien qui s'oppose à admettre cette assertion comme incontestable, mais un diagnostic ne peut se faire *post mortem*, et si de l'altération de la pensée je conclus à l'altération de son substratum, je serai toujours privé de cette pierre de touche qui me permettra de dire en présence de telles individualités psychiques : voilà un aliéné, voici un sage!

Mais tournons-nous vers les chefs de l'école à laquelle appartient M. Voisin, et que nous ne répudions certes pas entièrement comme on a pu s'en assurer, nous trouvons encore le même positivisme dans les affirmations, mais il s'en faut de beaucoup que les idées aient un même cachet de certitude.

Dans un article sur le sujet qui nous préoccupe, inséré dans la *Philosophie positive* (2), M. Littré est amené à déclarer que la caractéristique de la folie est celle-ci : dans un individu malade cérébralement, un motif actuel ne peut pas être vaincu par un motif plus fort; *c'est là ce qui caractérise la maladie*.

Dans un individu sain d'esprit, un motif plus fort peut

(1) Janet. — *Le cerveau et la pensée*, 79.
(2) Année 1868, p. 249 et suivantes.

©BIUM

toujours vaincre un motif actuel; *c'est là ce qui caractérise la santé cérébrale.*

S'il fallait s'en tenir à ces définitions pour saisir la pensée de l'illustre philosophe auquel nous les empruntons, il est incontestable qu'elle serait radicalement incompréhensible. En effet, par cela même qu'un motif est vaincu ou a été vaincu, il est manifeste qu'il a été le plus faible, de sorte qu'il n'y aurait pas de différence entre l'aliéné et l'homme raisonnable.

Mais il est facile de voir que la définition de M. Littré a comme beaucoup de ses congénères le tort de vouloir définir une chose qui n'est pas définissable, parce que ses limitations sont totalement arbitraires. En effet, dans le cours de ses développements, il fait suffisamment voir que son intention a été de démontrer que les mobiles assez puissants pour déterminer la conduite de la généralité des hommes, perdaient cette prépondérance dans l'état de folie, où un motif faible d'ordinaire restait victorieux.

Ainsi traduite, la thèse de M. Littré rencontrera certainement crédit chez tous les aliénistes, mais ne fera en somme que les convaincre de plus en plus que les efforts faits par les meilleurs esprits pour aboutir à ce critérium tant désiré, ont complétement échoué. Car il ne faut pas de longues réflexions pour comprendre, que les motifs qui guident la généralité des hommes sont le résultat de simples conventions variant avec les agglomérations d'individus, avec les sociétés, les pays, les latitudes, et que par conséquent, *le sens commun*, car c'est le vrai nom de ce juge de nos idées, n'est pas une entité déterminée. *Le sens commun*, dit W. B. Carpenter (1), *est pour ainsi dire une intuition acquise, car c'est la résultante* (2) *de toute l'activité antérieure de l'esprit*

(1) *Revue des cours scientifiques*, 26 septembre 1868.

(2) Ce que nous avons désigné par le mot *cénesthésie spéciale ou psychique.*

©BIUM

jointe à celle du cerveau qui en est l'instrument. Sa valeur dépendra conséquemment de la nature de l'éducation et de la discipline qu'ont reçue les facultés intellectuelles, et l'on peut affirmer sans hésitation que, lorsque ces facultés ont été bonnes en principe et ont été parfaitement cultivées et exercées, le jugement du sens commun sera probablement supérieur à tout jugement élaboré par un travail complet de raisonnement.

Une chose doit nous frapper dans ces paroles du savant physiologiste anglais, c'est que la rectitude du sens commun est en réalié subordonnée à deux conditions : d'une part la valeur intrinsèque de ces facultés intellectuelles, de ce terrain qui doit être mis en culture, et de l'autre la nature de l'éducation à laquelle ces facultés seront soumises, ainsi que la discipline à laquelle elles obéiront.

Ces deux conditions n'ont évidemment pas la même origine ; d'un côté l'aptitude individuelle, de l'autre une influence collective, et le résultat que l'on cherche à obtenir est en somme un compromis entre les deux. Or l'aptitude individuelle de penser, de quoi dépend-elle ? mais de ce dont dépend déjà l'aptitude individuelle de sentir, de l'action moléculaire du tissu nerveux, modifiée par les événements extérieurs (1). Nous concédons que ces événements exté-

(1) Qu'on n'aille pas croire que nous voulions ici rajeunir cet axiome matérialiste : la pensée est une sécrétion du cerveau. Nous admettons simplement comme hypothèse la plus probable que tout acte de conscience, que ce soit dans le domaine des sensations, des pensées ou des émotions, correspond à un certain état défini du cerveau, que ce *rapport de la physique à la conscience*, comme dit Tyndall, existe invariablement, de telle sorte qu'étant donné l'état du cerveau et des nerfs, on pourrait en déduire la pensée ou la sensation correspondante. Mais il n'y a là en somme qu'une simple association et rien de plus. Quant à dire quel est le lien entre cet état physique et les faits de conscience, nous ne l'essaierons point, car à nos yeux il y a entre ces deux ordres de phénomènes un abîme infranchissable à l'esprit humain.

©BIUM

rieurs ne se pliant pas à nos exigences, à nos convenances, ont forcément imprimé une direction aux idées, et que cette direction, cette force se soit percé des voies matérielles dans le tissu cérébral des ascendants, et se soit perpétuée chez les descendants sous cette forme d'appréciation et de jugement uniforme que nous nommons sens commun. Mais ce sera là un sens commun général, et personne ne mettra en doute qu'il y ait une certaine résistance manifestée par par les individus, surtout dans la jeunesse, à adopter cette manière de voir les choses et de les juger ; il y a une espèce de rébellion instinctive qui peut même se perpétuer dans l'âge mûr, et qui se traduit par des manifestations auxquelles nous donnons les noms d'excentricité, d'originalité, etc. Nous ne voulons pas parler ici de ces faits isolés, de ces bizarreries momentanées qui se montrent dans les intelligences les mieux constituées, mais bien de cette tendance à coordonner les idées de manière à leur imprimer toujours le même cachet. En sorte qu'on pourrait fort bien admettre que s'il y a un sens commun *général collectif*, propre à la masse moyenne des individus vivants dans les mêmes milieux, il y a en outre un sens commun *individuel*, propre à chacune des personnalités composant une famille, une société, une race. Car ainsi que l'affirme Laycock, toutes les preuves de la prétendue vie de l'esprit ne sont que des *représentations du travail cérébral qui se manifeste à la conscience*. C'est pourquoi, ni la volonté des autres, ni la nôtre n'ont de pouvoir réel et absolu sur le mode habituel de nos pensées et de nos sensations ; il y a, quoi qu'on fasse, quelque chose de fatal dans les unes et les autres. Tout ce que pourra faire la culture la plus appropriée, c'est de développer ces tendances naturelles quand elles sont conformes aux vues de la généralité, au but social, ou de chercher à les mitiger par une sorte de compromis entre les impulsions individuelles et les intérêts sociaux, et développer ainsi un sentiment mixte désigné ordinairement par le nom

©BIUM

très-impropre de *sens moral*, et qui est aux actes ce que le sens commun est aux idées. Lui seul est réellement acquis: *Le médecin psychologiste doit*, pense Maudsley (1), *estimer que le meilleur de ses arguments relativement à l'origine du sens moral, est d'établir qu'il a été acquis. Que le sentiment des intérêts communs dans les familles et les tribus primitives, et que la réprobation habituelle contre certains actes nuisibles à la famille et à la tribu aient fini par engendrer un sentiment du bien et du mal, par rapport à de tels actes, et que ce sentiment, dans une suite de générations, se soit transmis héréditairement à l'état de sentiment instinctif plus ou moins prononcé, cela est tout à fait d'accord avec ce que nous savons des résultats de l'éducation et de l'action de l'hérédité !*

Que conclure de tout ce qui précède, et quelle application faire de ces conclusions à la recherche d'un critérium de la folie ?

D'abord qu'il n'y a ni conscience, ni raison *universelle* ou *commune* ; que la raison et la conscience sont tout à fait individuelles, et que les individualités psychiques sont aussi nombreuses que les individualités physiques.

Que n'ayant, par conséquent, pas de critérium pour la raison, il est illusoire d'en poursuivre un à l'égard de la folie.

Qu'on est bien obligé d'accorder, cependant, une certaine influence produite par les tendances de la généralité sur les tendances des individualités, ce qui fait qu'un grand nombre de faits psychologiques ont leur source dans cette influence, soit qu'elle se manifeste au moment présent, soit qu'elle tarde à se produire ; mais dans l'un et l'autre cas, il est hors de doute que l'organisme ne soit en dernière analyse le principal instigateur de nos idées et de nos actes, comme il l'est de nos sensations. Aussi partant de ce principe, on peut affirmer que le seul moyen d'arriver à une appréciation

(1) *Revue scientifique*, octobre 1872, p. 327.

©BIUM

quelque peu approximative d'un état mental quelconque, c'est de procéder méthodiquement en prenant pour base la constitution physique de l'individu, son tempérament, son caractère, son degré de culture intellectuelle, le milieu où il vit et celui où ont vécu ses ascendants. Toutes ces circonstances particulières étant données, on pourra, non pas formuler des principes de psychologie morbide, mais seulement arriver à déduire les manifestations pathologiques de l'évolution physiologique.

C'est ce que nous allons essayer d'appliquer à la genèse des affections mélancoliques.

II. CONSTITUTION PHYSIQUE DES MÉLANCOLIQUES.

La constitution physique de l'homme est la disposition générale de son organisme au point de vue de la structure, du développement harmonique, et de la prédominance relative des tissus, organes et appareils dont cet organisme est constitué. La structure bonne ou mauvaise des tissus, l'organisation défectueuse des appareils qu'ils concourent à former, ont des conséquences tellement connues sur la santé qu'il est inutile d'insister davantage sur ce sujet.

Quant aux tempéraments, qui consistent dans ce défaut d'équilibration harmonique des tissus, organes et appareils, dans la prédominance relative de l'un deux dans l'organisme, ce qui a motivé leur classification, il y a lieu de s'y arrêter un moment.

Le tempérament offre en effet une influence si profonde sur la détermination du caractère aussi bien à l'état normal qu'à l'état pathologique, qu'à lui seul il est parfois la seule cause des affections mélancoliques, et de la folie en général. Considérés dans leurs causes primitives, dans les modifications qu'ils éprouvent, sous les profondes et continuelles vicissitudes auxquelles l'homme est soumis pendant la vie, les tempéraments sont la source d'enseignements féconds pour la pathologie mentale.

©BIUM

A l'étude du tempérament se rattache en effet non-seulement la question d'hérédité, mais aussi les conditions bonnes ou mauvaises dans lesquelles l'organisme s'est développé, car l'éducation détermine souvent le caractère, le cachet particulier de tel tempérament dont l'homme n'apportait en naissant que les éléments préparatoires. Il est même remarquable qu'à l'égard de ces causes, l'homme n'ait dans aucun âge de la vie, d'immunité bien marquée, et des faits, qui se révèlent chaque jour de la manière la plus incontestable, démontrent que ces transformations physiologiques s'opèrent non-seulement dans la première enfance mais encore dans les périodes subséquentes de l'existence humaine. De sorte qu'il arrive parfois au milieu des pénibles agitations de *la lutte pour l'existence*, un changement total dans la constitution physique et morale de l'homme. Mais qu'on ne s'y trompe point, ce changement est souvent plus apparent que réel, et dans ces explosions qui contrastent si fort avec la physionomie antérieure du caractère, il n'y a en réalité que l'exagération, déterminée par les circonstances, d'un élément qui s'y trouvait à l'état latent et dont le germe remontait assez loin dans l'ascendance.

Le tempérament qui de l'aveu de tous les médecins prédispose le plus à la folie mélancolique est le tempérament nerveux; aussi, dans l'énumération des troubles de la sensibilité générale, avons-nous eu soin de mettre en évidence qu'à l'état normal presque toutes les sensations décrites étaient ressenties par les personnes à tempérament nerveux. La simple exagération de ses manifestations constitue une anomalie voisine de la folie, ainsi que l'ont fort bien démontré MM. Bouchut (1) et Sandras (2). Ce dernier auteur surtout est très-explicite à cet égard : « Les personnes qui

(1) *De l'état nerveux ou du nérvosisme*, 1860.
(2) *Traité des maladies nerveuses*, t. 1 p. 22.

©BIUM

souffrent de situations pareilles, dit-il, ne vont pas jusqu'à se livrer sans le savoir à des écarts que repousseraient leur raison, leur éducation et leurs habitudes ; mais dans des limites encore raisonnables, elles se montrent beaucoup plus impressionnables, plus expansives et plus changeantes que les autres ; un rayon de soleil les égaie, un nuage les assombrit, l'état électrique de l'atmosphère les tourmente, les excite ou les accable ; les affections douces et gaies, aussi bien que les plus tristes et les plus vives, les trouvent éminemment accessibles ; les occupations les plus sérieuses, les choses trop continues les effraient, les repoussent ou les fatiguent à l'excès. Elles se livrent aux entraînements de leur cœur, de leurs sens, de leur esprit avec passion ; elles se dévouent avec courage ; mais ce n'est que dans les grandes occasions, quand leur système nerveux est monté à un haut diapason, qu'elles peuvent soutenir l'effort qu'elles ont commencé. Et alors on est étonné de la puissance que la volonté leur donne, des efforts qu'elles peuvent faire, des épreuves de toute sorte qu'elles peuvent supporter. »

On conçoit facilement, après un pareil tableau, que l'état nerveux se transforme en folie sous l'influence de la moindre cause intercurrente, et qu'un grand nombre des névropathiques franchissent cette limite qui sépare la raison de la folie.

Bien que le système nerveux ne fasse en réalité qu'un, et que toute division qu'on puisse y tracer soit arbitraire, on admet néanmoins deux variétés selon la prédominance de leurs fonctions. Cette distinction, mise surtout en relief par M. Lepelletier, de la Sarthe (1), n'est pas inutile au point de vue qui nous intéresse spécialement.

1° *Variété encéphalique*. Les caractères essentiels du tempérament nerveux encéphalique se trouvent dans la prédominance physiologique du système nerveux sensitif, intellec-

(1) *Traité complet de physiologie médicale et philosophique.*

©BIUM

tuel et moteur, mais moteur volontaire. Les causes qui le développent sont : la culture excessive de l'intelligence et l'abus des travaux de l'esprit. Trop souvent, en fouillant dans la vie des mélancoliques, on rencontre comme manifestations de leurs premières années, cette perception facile, cette imagination brillante, ces succès du jeune âge, payés si cher dans la suite par le froissement des vaniteuses prétentions qu'ils entraînent à leur suite. Ces talents éphémères viennent s'échouer au contact des premières difficultés de la vie, et faisant un triste retour sur eux-mêmes, incapables de suivre le courant modéré qui les entraînerait au bonheur de la médiocrité, les victimes de ces études funestes et opiniâtres sont bientôt déclassées parmi leurs semblables plus modestes, qu'ils dédaignent, autant que parmi les intelligences d'élite qu'ils envient, et qui passent à côté d'eux sans les apercevoir.

Ce n'est pas seulement dans l'enfance que le surmènement intellectuel vicie l'avenir de l'homme, dans la maturité même il conduit à un abîme. En effet, dit l'auteur de la plus remarquable étude sur la mélancolie qui ait été produite dans ces derniers temps; « une contention d'esprit » exagérée et prolongée, les incessantes préoccupations » dans lesquelles vivent les hommes qui s'adonnent pas- » sionnément aux travaux intellectuels, leurs perceptions » toujours en émoi, déterminent chez eux une organisation » nerveuse et délicate, une surexcitation cérébrale habi- » tuelle qui les prédispose à ressentir vivement les contra- » riétés inhérentes à toute existence et le contact brutal des » réalités. Entraînés par l'habitude du travail et l'ardeur » des recherches, ils négligent le soin élémentaire d'exercer » à la fois l'esprit et le corps pour maintenir l'équilibre de » toutes les fonctions, que leur passion exclusive tend con- » tinuellement à détruire (1). »

(1) Joseph De Smeth, *Etude médicale sur la mélancolie*, p. 57.

©BIUM

Que d'exemples on pourrait citer de cette altération progressive de la constitution physique, du moral et de l'intelligence sous l'empire de ces causes! Un seul, que tous peuvent apprécier, parce que celui qui en fut victime a laissé des monuments impérissables de ces pénibles transitions, suffira à l'édification de cette vérité : J.-J. Rousseau, dans les premières années de sa vie, unissait l'expansion et la confiance morale au tempérament le mieux doué, et ces heureuses conditions avaient pris naissance dans une éducation bien dirigée, libre de toute contrainte, de tout effort disproportionné. Mais à peine entré dans l'âge viril, ses écrits remarquables, qui frondaient les idées et les usages reçus, l'établissent en lutte ouverte avec la plupart de ses contemporains voués aux travaux de l'esprit; le nombre de ses ennemis est grand, mais son imagination chagrine sait encore en augmenter le nombre, et au milieu de ces vicissitudes, de ces agitations pénibles, son moral s'altère, sa santé est compromise, et devenu nerveux, sombre, inquiet, soupçonneux, mélancolique, il laisse dans ses ouvrages percer d'abord, puis dévoile entièrement les tourments qui l'étreignent.

Quand on a le rare bonheur de pouvoir sonder avec certitude le passé des mélancoliques, on peut s'assurer que grand nombre d'entre eux offraient cette susceptibilité aux impressions qui n'est pas exempte d'une certaine douleur, cette facilité à comprendre comme à oublier, cette inconstance, cette versatilité, cet amour du futile et du clinquant qui caractérise la variété de tempérament nerveux encéphalique, et qui prédomine chez les femmes et chez les hommes dont les habitudes et les travaux s'éloignent des fatigues corporelles imposées à leur sexe.

2° *Variété ganglionnaire*. Peu différente de la précédente en principe, puisqu'elle repose comme elle sur l'hyperesthésie nerveuse, elle s'en éloigne en ce qu'ici il y a prédominance des sensations sur les idées, et que leur siége est

©BIUM

principalement dans le système médullo-ganglionnaire. Cependant cette ligne de démarcation ne peut être tirée que très-approximativement, puisqu'il est prouvé que le système des nerfs ganglionnaires est intimement lié au système encéphalo-rachidien. Sous cette réserve de la dépendance indiscutable des idées et des sensations, on peut admettre que le tempérament nerveux ganglionnaire se caractérise par une susceptibilité manifeste de la sensibilité des organes internes, par conséquent de la sensibilité médullaire. Aussi les troubles qui l'atteignent se traduisent-ils par des altérations fonctionnelles des voies digestives, par de l'anxiété précordiale, un malaise dans la respiration, des perturbations et des bizarreries des sens génésiques, des passions désordonnées. Les conséquences morales que ces conditions entraînent à l'état normal peuvent se résumer ainsi : développement excessif de l'émotivité et de la sensibilité affective, sentiments exaltés, explosions soudaines et exagérées, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, susceptibilité et vanité, irrascibilité ou résignation, plaintes faciles, en résumé versatilité et exagération des sensations et des sentiments.

Il semblerait en lisant ce qui vient d'être dit sur les deux variétés de tempérament nerveux que nous n'avons fait que résumer toute la seconde partie de ce travail et notamment ce qui se rapportait aux états mélancolique et hypochondriaque; c'est qu'en effet les variétés physiologiques correspondent assez exactement aux variétés pathologiques et en constituent les conditions essentielles et fondamentales. On peut s'en convaincre en analysant le passé des malades, chose pourtant assez difficile dans la clinique des asiles où les faits se présentent trop détachés de leurs liens naturels pour qu'on puisse en saisir la filiation. La pratique privée se prête mieux à cet examen, le médecin est plus aisément mis en possession de commémoratifs précieux, et s'il n'apprécie par lui-même les influences héréditaires, il peut au

©BIUM

moins par d'adroites et discrètes interrogations reconstituer la généalogie morbide.

Il convient d'ajouter encore que si les tempéraments nerveux encéphalique et médullo ganglionnaire prédisposent aux affections lypémaniaques précitées, ces deux bases s'unissent aussi entre elles, comme nous avons pu le voir dans l'observation reproduite à propos de l'état hypochondriaque, et de plus l'élément lymphatique s'y mêle également, apportant à la maladie son cachet d'apathie et d'ennui, d'inaction et de stupeur qui caractérisent certaines formes.

On s'étonnera peut-être de ne pas nous voir décrire le tempérament mélancolique, qui serait naturellement en situation, mais nous avons tenu à ne reproduire que ce qui ne souffrait aucune objection; or le tempérament mélancolique existe-t il en réalité ? N'est-ce pas plutôt un degré plus accentué du tempérament lymphatico-nerveux? Nous penchons vers l'affirmation avec d'autant moins de scrupule que plus aucun pathologiste n'admet ces tempéraments bilieux, mélancoliques, pituitaires que l'ancienne école nous avait légués.

III. CARACTÈRE MORAL ANTÉRIEUR DU MÉLANCOLIQUE.

La constitution morale de l'homme consiste dans le développement et les rapports proportionnels de ses pensées, de ses sentiments et de ses sensations ; ou pour parler un langage plus correctement médical, on pourrait définir la modalité morale de l'homme, l'harmonie entre l'activité nerveuse encéphalique et l'activité nerveuse médullo-ganglionnaire. Nous avons trop insisté dans le cours de ce travail sur la séparation qu'il y a en fait, entre une sensation médullaire et une impression qui progresse jusqu'à l'encéphale afin d'être perçue, pour qu'il soit nécessaire de justifier plus amplement nos vues à cet égard. D'ailleurs c'est sur elles que reposent la discrimination entre les sentiments et les

©BIUM

pensées, tout aussi conventionnelle et née des besoins de l'esprit de donner aux objets de ses investigations des caractères tranchés; mais, en somme, la vie psychique, qu'elle se manifeste par une sensation ou une pensée, ne résulte que des excitations centripètes qui se modifient dans les centres nerveux et se réalisent en mouvement ou en idées. Quelque choquante que puisse être une telle théorie pour les partisans du libre arbitre ainsi que l'entend certaine école philosophique, les progrès qu'elle fait chaque jour sont si grands, qu'elle semble se dégager fatalement de l'obscurité à mesure que les découvertes physiologiques se multiplient.

Cette conviction qui a dominé tout notre travail, a déjà, quoique implicitement, été formulée dans le chapitre précédent, puisque nous avons déduit de la constitution physique de l'homme les caractères moraux qui lui étaient propres et que nous étions en cela d'accord avec la totalité des observateurs. Du reste ce qui éloignerait jusqu'à un certain point de cette hypothèse, ce serait la croyance que les psychologues ont entretenue jusqu'à nos jours que tout en constatant une correspondance entre les phénomènes du monde extérieur et ceux de l'esprit, il y avait cependant une telle indépendance entre les deux que pour ces derniers le cerveau seul suffit spontanément à les produire. S'il en était ainsi, on pourrait difficilement rendre compte du mécanisme des manifestations morales et individuelles de l'homme par le jeu naturel du système nerveux périphérique. Mais, sans vouloir en quoi que ce soit expliquer *le pouvoir psychique*, n'est-il pas démontré qu'il s'exerce sur les impressions qui lui arrivent par les fibres nerveuses, et que celles-ci vibrent en équilibre avec les vibrations extérieures. Ces dernières sont, en fait inutiles une fois qu'elles ont produit leur effet, mais c'est bien dans les impressions périphériques, dans l'état des expansions nerveuses périphériques, que *le pouvoir psychique* trouve l'occasion de s'exercer. Il en résulte que rien ne s'opposait à chercher, comme nous l'avons fait, l'expression

©BIUM

morale du tempéra ment nerveux; mais il serait illogique après ce que nous venons de dire, de s'en tenir là pour dégager la modalité h abituelle ou passagère, qui constitue le caractère de l'homme. Seulement, constatons déjà que les données acquises jusqu'ici, permettent d'expliquer bien des situ ations communes à l'aliéné et à l'homme raisonnable. Nous allons voir dans la suite plus clairement si le principe des déterminations diffère chez eux. Si dans les affections mélancoliques l'imagination produit des idées fausses, absurdes, ridicules, c'est parce que l'activité psychique s'ex erce aussi bien sur les manifestations anormales que sur les manifestations normales du système nerveux.

En effet, chez la plupart des mélancoliques la mémoire ne fait point défaut, l'attention est soutenue, les raisonnements sont logiques, et ils conservent aux choses leurs noms et leurs rapports habituels. Ils poursuivent leurs desseins avec une persévérance qui ne laisse aucun doute sur l'existence d'une certaine volonté libre. Aussi dans la plupart des moments le mélancolique ne se distingue pas de l'homme en santé, et pour peu que l'on oublie la base de son délire, il faut convenir que l'on est parfois si convaincu de la logique de ses déductions, qu'on se surprend à les combattre par des démonstrations raisonnées.

Aussi quoi d'étonnant à ce que le mélancolique ignore sa situation, n'en ait pas conscience; *il sent*, il exprime ce qu'il sent, et toute contradiction doit nécessairement l'irriter autant que s'il était en parfait état de santé.

Il n'y a pas chez lui cette obtusion de l'intelligence qui se traduit dans chacune des manifestations intellectuelles du dément dont l'organe matériel de la pensée est lésé. Chez le mélancolique, il n'y a que retentissement sur les sphères psychiques des anomalies fonctionnelles du système inférieur. Mais il ne procède pas autrement dans son interprétation psychique que si elles étaient à l'état normal. Quand on étudie un peu attentivement le caractère des mélanco-

©BIUM

liques, on y trouve deux types marqués de sentiments contraires; d'un côté, des idées de vanité, de grandeurs, de force; et de l'autre, la tristesse, la défiance, la timidité, la dépréciation de soi-même, et ces sentiments rendent compte de la direction que prendra le délire, de ses phases, de ses incidents et de sa terminaison.

On voit souvent le mélancolique et surtout l'hypochondriaque chercher dans l'imagination seule le principe de ses idées délirantes. C'est vrai, mais en est-il autrement pour les idées des autres hommes? Qu'est, en somme, l'imagination si ce n'est la faculté de *créer* des idées au moyen des éléments instinctifs acquis héréditairement, modifiés ou développés par les connaissances de l'éducation première? Dans le triage involontaire fait dans ces éléments, ceux-là sont d'autant plus vite acceptés qu'ils sont en rapport plus direct avec le sentiment qui domine, et l'expression en sera d'autant plus vive et plus imagée, que ce sentiment par sa profondeur ou sa nouveauté occupera davantage la pensée. Aussi le langage de la passion et celui des mélancoliques ont-ils une ressemblance qui n'a point échappé aux yeux perspicaces des principaux aliénistes.

L'observation, dit Morel, nous montre les aliénés et les individus passionnés également en proie à la fixité de l'idée et tournant perpétuellement dans le même cercle de conceptions délirantes, oppressives et stériles (1). En effet, la différence entre un malade lypémaniaque et un homme en santé (?) poursuivi et dominé par ses passions est si faible, que certains auteurs n'ont pas hésité à les confondre. Ainsi Guislain, après avoir constaté l'inutilité des raisonnements pour combattre les erreurs de la folie, ajoute ces mots : « d'ailleurs ne cherchons pas des preuves de cette inutilité » dans les maladies, prenons l'état physiologique, voyons

(1) *Loco citato*, p. 433.

©BIUM

» l'homme dominé par quelque passion. Quelle force la » raison exerce-t-elle encore sur lui? (1). »

L'aliéné dominé par un sentiment de crainte ou d'orgueil créera, sous cette influence, des pensées délirantes se rapportant toujours plus ou moins directement à ces deux mobiles; mais dans l'ordre physiologique, ne voyons-nous pas toute la vie d'un homme, tous ses actes, toutes ses idées s'imprégner pour ainsi dire du sentiment qui forme le fond de son caractère?

Parfois à la vérité, cette teinte générale du caractère ne se dessine qu'assez tard dans l'existence, par suite de l'absence des causes propres à la mettre en relief. Ainsi J. J. Rousseau en est fatalement arrivé à clore par le suicide une vie qui lui était devenue insupportable (2), parce que le choc des rivalités, dès ses premiers pas dans la carrière des lettres, a éveillé ces prédispositions chagrines, vaniteuses et susceptibles, ces tendances à la réflexion sur des faits et des sensations passées, à leur interprétation dans un sens où se révélait constamment le sentiment de la personnalité.

Rousseau recélait en lui-même les germes de l'affection hypochondriaque qui a miné sa vie; car combien de génies ont été, comme lui, aux prises avec les difficultés et les attaques envieuses, avec la misère, que n'a pas connue l'illustre philosophe, et dont la raison a survécu à la lutte?

Pour les manifestations psychiques comme pour les manifestations physiologiques, c'est le fond même qui détermine la nature des manifestations. Dans la première partie de cette étude, nous avons mis en relief ce groupement des sensations infinitésimales, qui de tous les points du corps viennent se fusionner en un sentiment complexe et vague, la cénesthésie; et nous avons essayé de démontrer que les sensations n'étaient qu'un renforcement de l'activité totale

(1) Guislain. *Leçons sur les phrénopathies.*
(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1866.

©BIUM

ou seulement d'un des éléments de cette activité du système nerveux. De même, dans l'ordre psychologique, on peut affirmer que l'intelligence, les pensées, les jugements, les idées ne sont que la mise en relief de l'activité permanente du cerveau, de la cérébration inconsciente, comme l'appelle Carpenter, soit dans son ensemble, soit dans ses éléments.

Qu'importe en conséquence la nature des causes qui détermine ces variations? Que ces causes soient physiologiques, ou non, elles ne peuvent qu'influencer l'activité nerveuse, et c'est uniquement dans les différentes modalités de celle-ci que l'homme puise ses perceptions et ses idées.

Cependant, on ne peut nier l'influence que les milieux exercent sur la sensibilité physique et morale, mais nous verrons dans le chapitre suivant, que cette influence ne peut modifier radicalement le mode habituel de déduction et de jugement de l'aliéné mélancolique, pas plus que les manifestations de son délire n'ont été trouvées en contradiction avec la constitution physique et morale qui le caractérisait avant sa maladie.

Nous pourrions citer de nombreuses observations à l'appui de ces assertions, mais elles ne seraient en somme que le reflet de convictions personnelles, que chacun peut acquérir en appliquant les principes qui nous ont guidé, aux situations pathologiques qu'il aura à préciser ou à interpréter. Un grand nombre de médecins ont, il est vrai, dans la description des phénomènes morbides, éloigné toute idée de rapprochement avec l'état normal, et jeté ainsi des obscurités regrettables sur la nature et l'étiologie de la folie; nous avons préféré rester fidèle à cet aphorisme fondamental de philosophie médicale, qui depuis Broussais et Bichat, domine les recherches scientifiques, et consiste à concevoir les phénomènes pathologiques comme ne constituant que de simples prolongements de l'état physiologique, exagéré ou atténué au-delà des limites ordinaires et habituelles des variations.

©BIUM

IV. INFLUENCES MÉSOLOGIQUES DANS L'EXPRESSION DES DÉLIRES MÉLANCOLIQUES.

L'influence des milieux qui s'exerce sur les éléments anatomiques, les tissus et les organes, en modifiant l'activité vitale, n'est pas ici en cause, quoiqu'elle ait sur l'individualité un retentissement que nous ayons signalé dans tous les détails de cette étude. Il ne s'agira pas non plus de l'action exercée par la sensibilité générale sur l'activité cérébrale, que les derniers chapitres ont eu pour but de mettre en relief. Nous essaierons seulement de démêler brièvement, dans les lignes qui vont suivre, en quoi le milieu social, ou l'entourage intime du mélancolique, a pu peser sur le cours de ses idées, sur sa manière de les exprimer ; nous chercherons aussi l'effet que l'isolement apporte aux principes de ses déterminations, en spécifiant ce que ces diverses influences ont de rapport avec les variétés psychopatiques qui nous occupent.

Il n'est pas indifférent, en effet, pour comprendre les motifs si bizarres qui guident les mélancoliques, les hypochondriaques et les délirants par persécution, de remarquer que ce n'est pas seulement dans les impulsions de son organisme, mais encore dans le milieu social où il vit, que l'homme en santé puise, sans s'en rendre compte, les éléments de ses croyances, de ses opinions, de ses pensées, de ses goûts, de ses mœurs et même, ajoute M. Bertillon, de ses vices et de ses vertus. *Il y a bien des raisons de croire qu'en nous, ce qui est vraiment personnel, ce sont moins les idées elles-mêmes que l'ardeur, la passion, l'activité avec laquelle nous les défendons; ce n'est pas le fond, c'est la forme* (1). Si ces dernières assertions étaient exactes, ou

(1) Article *Mésologie* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. 7 de la 2e série.

©BIUM

plutôt entièrement exactes, ce n'est pas aux criminels qu'il faudrait demander compte de leurs actes, mais à la société qui les contient; ce n'est plus dans la nature même du malade mélancolique qu'il serait logique de trouver la clef de son délire, mais bien dans la famille, l'entourage, le cercle intime où il se meut. Une telle théorie est la négation de l'individualité, du libre arbitre bien entendu, de toute responsabilité et conduit inévitablement à l'abîme, en constituant la société en état permanent d'homicide de ses membres malheureux. La thèse de M. Bertillon est un sophisme, une contre-vérité, ou plutôt, pour ne point se montrer sévère exagérément envers cet auteur qui a droit à nos respects, nous dirons que son sujet l'a entraîné au-delà des limites raisonnables, et qu'à force d'envisager les conditions accessoires, il les a grossies au point d'oublier la condition principale et essentielle. Non, ce qui fait le fond des pensées, des goûts, des mœurs de l'homme, *c'est l'homme lui-même*; et ce qu'il emprunte au milieu social, c'est la forme, l'expression extérieure, les détails qui défigurent sa véritable physionomie. Les vices, les vertus, voilà un produit social, non-seulement parce qu'ils diffèrent selon les milieux, mais parce qu'il en est qui ont pris naissance dans ces conditions exceptionnelles et violatrices des lois naturelles où, les usages égoïstes des sociétés placent trop souvent une partie de leurs membres.

Qu'on nous pardonne cette petite digression, non inutile cependant à la continuation de notre sujet, puisque c'est principalement, sinon exclusivement, dans les influences familiales et sociales, que nous comptons trouver l'explication des *formes* revêtues par le délire du mélancolique, dont le germe est caché dans les profondeurs de son être (1).

---

(1) *Tel catholique fervent et intolérant*, dit M. Bertillon, *eut été dans un autre milieu, un protestant zélé, ou musulman dévot, ou bien un sectateur de Brama, ou du grand Lama, ou fut devenu*

©BIUM

L'influence de l'éducation se fait sentir pendant toute la vie; les premières phases de l'existence de l'enfant sont marquées par la prédominance du système sensible sur le système intellectuel. C'est plus tard que l'instruction viendra faire équilibre à une situation grosse de dangers, surtout si des mains inhabiles ou indifférentes sont appelées à l'établir. Si, comme l'observation ne le démontre que trop fréquemment, dit M. De Smeth, grâce à une affection aveugle, et plus souvent encore sous la direction de mercenaires négligents, l'enfant prend l'habitude de subir l'empire de ses sensations et de suivre sans ordre, sans frein et sans discipline, toutes les perceptions qui viennent provoquer ces impulsions instantanées, sa constitution se modifie au point que l'élément névropathique domine bientôt l'ensemble de ses fonctions (1).

En résumé, le tempérament déjà naturellement nerveux de l'enfant s'accusera principalement dans le domaine du système ganglionnaire, par une exagération de la sensibilité affective, par une susceptibilité à la douleur, qui naîtra sous l'influence des plus petites causes, et par des réactions motrices en désaccord avec les mouvements sensibles qui les ont précédées, qui se traduiront par des explosions de colère, de passions de tout genre, et mettront en un mot l'homme dès ses premières années au seuil de la folie. Parfois la discipline scolaire vient calmer cette hyperesthésie nerveuse, mais parfois aussi elle est impuissante à la

---

libre penseur. C'est aussi notre opinion, car cela prouve précisément que c'est en lui, en l'exagération naturelle des sentiments qui forme le fond du tempérament nerveux, que l'homme dont il s'agit, aurait puisé ces tendances absolutistes, passionnées, intolérantes, et non pas dans tel ou tel culte, dont les pratiques n'eussent constitué que *la forme*, que l'expression extérieure du sentiment qui le dominait.

(1) *Loco citato*, p. 56.

©BIUM

modifier ou ne fait que la masquer. Aussi les innombrables causes occasionnelles que le sujet rencontre dès l'adolescence activeront rapidement ce feu qui couvait. Mais en somme l'éducation ne fait que préparer le terrain, et c'est principalement dans la direction intellectuelle qui lui sera imprimée, que le névropathique trouvera des aliments funestes pour sa santé morale. Nous n'avons pas mission de développer la filiation des états divers engendrés par les vices de l'éducation et de l'instruction, nous voulons seulement montrer que le cachet imprimé au délire des mélancoliques, est le même que celui qui marquait tous les actes antérieurs de leur existence, et qu'en présence d'une situation nouvelle, ils useront des procédés qui leur ont été habituels jusque-là, et que leur interprétation morbide sera en principe la même que leur interprétation saine. Prenons un exemple qui fera mieux sentir la portée de cette opinion.

Mlle Adèle G. de Q... est d'un tempérament nervoso-lymphatique, de constitution assez robuste pourtant, quoique présentant une flaccidité remarquable des tissus. Restée orpheline dès son jeune âge, elle fut avec une de ses sœurs placée dans un pensionnat religieux où elle passa les 20 premières années de sa vie ; ce qu'elle y apprit en fait de connaissances scientifiques et littéraires, se réduit à fort peu de choses, mais en revanche elle subit l'influence de toutes les causes qui pouvaient exciter l'hyperesthésie du système nerveux ganglionnaire; sensible à l'excès, bonne de cette bonté trompeuse qui ne peut voir la souffrance d'autrui, mais qui n'a pour elle que des consolations banales, égoïste sans le savoir, instinctivement, naturellement, explosible dans ses affections, qui se concentraient dans une contemplation mystique, elle se sent appelée à la vie du cloître. Cette nouvelle existence où ses tendances à tout rapporter à un pouvoir occulte ne firent qu'augmenter, ne put longtemps lui convenir ; les privations volontaires de la vie mo-

©BIUM

nacale amenèrent une détérioration physique; quelques troubles nerveux qui n'étaient qu'un degré supérieur, qu'une surexcitation de son tempérament nerveux, des troubles gastriques, des douleurs erratiques dans tous les membres, des névralgies fugaces, engagèrent Mlle Adèle à renoncer, après une année et demie d'essai, à la vie religieuse. Comme il arrive ordinairement chez ces personnes qui n'ont que des demi-convictions, Mlle Adèle exagère la manifestation extérieure. Une fois sortie du couvent comme religieuse elle chercha à se placer dans des maisons ouvertes par les corporations aux malades, aux isolés, comme il y en a beaucoup en Belgique, et s'y fit remarquer par des dehors pieux excessifs; elle se crut des qualités hors ligne, critiqua les autres, et mêla sans cesse sa personne aux choses qui lui étaient restées étrangères, C'est elle qui avait conseillé ceci, prédit cela; grâce à ses conseils on avait évité tel accident. Malheureusement, l'entourage n'était pas aussi convaincu que Mlle Adèle de l'excellence de ses conseils et de l'utilité de sa présence, et elle dut, à maintes reprises, quitter les refuges tranquilles qu'elle habitait. Après plusieurs incidents de cette espèce, la malade chez qui le sentiment de la personnalité n'avait fait qu'augmenter par suite de préoccupations hypochondriaques, en vient à n'être plus contente nulle part; on lui manquait d'égards, on la poursuivait, on l'obsédait, elle subissait des tortures qui froissaient *son âme angélique*. A force d'entendre sa sœur l'exalter avec l'aveuglement d'une tendresse imprudente, Mlle Adèle en était arrivée à se croire bonnement une personne exceptionnelle, ce qui était dans sa nature; mais elle adopta le langage que sa sœur employait en parlant d'elle, et vous entretenait, sans le moindre sentiment de modestie, de sa haute piété, de sa douceur angélique, de la perfection de sa vie. On conçoit qu'une personne si parfaite ne devait pas toujours trouver des auditeurs et des amis complaisants, et plus d'une fois elle subit des froissements, d'autant plus grands, qu'elle

©BIUM

présentait tous les signes de l'état hypochondriaque et courait du médecin au confesseur pour trouver soulagement; n'en obtenant pas, elle accusa d'abord tous ceux qui l'avaient soignée d'avoir altéré sa santé, par une médication impropre à la guérir; puis, le sentiment égoïste, qui est le fond des natures hypochondriaques, reprenant le dessus, Mlle Adèle, qui se croyait privilégiée, affirma bientôt que ses souffrances ne ressemblaient pas à celles des autres, que c'était au-dessus des forces humaines de lui procurer du soulagement, parce que tout en elle était mystérieux, éthéré, empreint d'un cachet spécial. On le voit, le délire approchait, un rien devait le faire éclater, c'est ce qui arriva.

Vis-à-vis de la maison où elle habitait, Mlle Adèle avait remarqué une demeure d'apparence tranquille, où vivait un homme grave et sérieux, aux habitudes rangées, sortant le matin, rentrant le soir, n'adressant jamais la parole à ses voisins, les regardant à peine, enfin un de ces hommes occupés, dont la vie modeste n'attire l'attention que des personnes de la trempe de Mlle Adèle, qui trouva bientôt à son voisin une foule de défauts physiques apparents et lui en supposa de cachés : il avait le regard furtif, disait-elle, il faisait des gestes bizarres, ce devait être un mauvais homme; ce n'était pas du reste la première fois qu'elle le voyait, *il lui semblait* l'avoir au contraire fréquemment rencontré même dans d'autres villes. Enfin un jour, de ses fenêtres, Mlle Adèle voit passer un enterrement *civil*, fait, sans l'intervention du clergé, par les soins d'une société dont elle ignorait la composition, mais dont le but et les tendances lui étaient assez connus par les prédications passionnées auxquelles sa piété allait s'abreuver. Au moment où elle détournais avec horreur les yeux d'un spectacle si choquant pour ses convictions, qu'aperçoit-elle au premier rang de ces *sectateurs impies, de ces suppôts de l'Enfer* ? son voisin, l'homme mystérieux. A partir de ce moment, Mlle Adèle entre en plein dans le délire des persécutions ; ses ennemis

©BIUM

sont les *solidaires*, ils poursuivent en elle, si édifiante, un obstacle à leurs projets; les douleurs qu'elles ressent, c'est grâce à leurs machinations, elle a appris à les reconnaître dans la rue, à leurs regards, au trouble que leur présence lui occasionne par tout le corps, etc. Bref, Mlle Adèle fut enfermée dans une maison de santé après une tentative d'assassinat commise sur un de ses persécuteurs imaginaires.

En réfléchissant à l'observation qui précède, on peut facilement voir l'exactitude de cette assertion: *le délire reproduit et n'enfante pas*; si le fond sur lequel il s'élève est propre au malade, la forme qu'il revêt est souvent l'œuvre du milieu familial, social, le résultat de l'éducation, de l'instruction et des tendances imprimées.

Si Mlle Adèle n'eût pas été confiée dès son enfance à des mains inintelligentes, les tendances naturelles de son tempérament nerveux ganglionnaire se seraient modifiées; si l'éducation, au lieu d'exalter une imagination déjà vive naturellement, et une émotivité anormale, avait réfréné ses élans passionnés, la malade ne fût pas tombée dans l'exagération dont tous les actes de sa vie ont été empreints. D'un autre côté, si le sentiment religieux développé en elle, ne l'avait pas été jusqu'au fanatisme, si à ce sentiment louable on n'avait mêlé des intérêts et des passions égoïstes, Mlle Adèle fût peut-être devenue en proie au délire religieux panophobique, à l'obsession démoniaque, mais n'eût point cherché les auteurs de ses maux, précisément dans une société qui s'est donné la mission de fronder le sentiment religieux, de détruire l'influence du clergé, et dont elle eût pu parfaitement ignorer l'existence, si on n'eût tenu à la lui révéler avec un luxe de détails, niais et ridicules, terribles et mystérieux, qui ont nécessairement frappé son imagination, et qui *ont fixé son délire*.

Dans la crainte de donner trop d'extension à ce chapitre, nous ne continuerons pas à citer *in extenso* des obser-

©BIUM

vations dont les analogues sont au reste trop connues par tous les médecins aliénistes. Nous nous bornerons à indiquer sommairement les autres influences sociales sur la forme des délires mélancoliques.

Parfois le délire des persécutions prend sa source dans un sentiment tout aussi louable que le sentiment religieux, le sentiment philanthropique, auquel les déclamations verbeuses des apôtres de la liberté, impriment une déviation funeste aux masses et aux individus. C'est l'exagération de ce sentiment qui pousse les réformateurs, qui encombrent nos asiles, soit à la mélancolie, soit au délire des persécutions. Comme le fanatisme religieux, le fanatisme politique est l'œuvre du milieu social, le sujet n'apporte que les prédispositions constitutionnelles qui en permettent le développement. C'est affaire de tempérament si celui-ci s'échauffe aux luttes de la tribune, ou si celui-là passe indifférent à côté de ces grands mots qui passionnent son voisin. C'est encore dans la constitution morale et physique qu'il faut chercher ce sentiment d'abnégation qui porte le malade à s'exagérer la culpabilité de ses moindres actes ; mais c'est dans le reflet des influences mésologiques qu'on trouvera la raison de l'étendue de ses scrupules, de la facilité avec laquelle il envisage comme fautes les plus petits détails de la vie. Quand le délire atteint ces sortes de natures, il prend la forme mélancolique, mais non celle des persécutions ; le malade se croit cause de grands malheurs, il attache à sa présence une idée de fatalité, il fuit les siens, et cherche trop souvent dans le suicide la fin de ses maux, croyant en outre y soustraire ceux qui l'aiment.

Nous avons jusqu'ici signalé le retentissement sur l'individu des caractères propres au milieu qu'il habite, il nous reste à mentionner ce que l'isolement produit, et cela nous donnera la mesure des influences personnelles.

La première conséquence qui résulte pour l'homme ou pour des groupes d'hommes, qui s'isolent du restant de

©BIUM

la société, c'est non-seulement de leur faire contracter des habitudes et des mœurs différentes, mais en outre de les déshabituer graduellement d'envisager les choses, d'interpréter les situations, non plus conformément aux idées de la généralité, mais d'y substituer un cachet particulier, égoïste et étroit, par la raison bien simple qu'on n'a plus en vue que les intérêts ou personnels, ou communs au petit groupe qui s'isole avec soi. Ces réflexions se passent de commentaires, elles seront accueillies par tous. « Des exemples nombreux, dit M. Bertillon (1), fournis par les prisonniers, par les anachorètes, par les proscrits eux-mêmes (car on peut être isolé de la foule, si l'on n'a pas avec elle communication de langage et de sentiment), nous montreraient que le solitaire, que celui qui vit trop enfermé dans le cercle de ses propres pensées, perd peu à peu le droit jugement, le sens commun, comme dit avec beaucoup de profondeur le langage vulgaire, et qu'il subit, inconscient, une déchéance intellectuelle et morale qui peut le conduire jusqu'à la folie. »

Ces paroles résument une incontestable vérité, mais ne mettent pas en relief l'influence de l'isolement sur *le langage*, qui nous paraît cependant très-importante à signaler.

Non-seulement les pays, les localités, les agglomérations ont une manière particulière de s'exprimer, mais les groupes, les familles, les individus ont un choix d'expressions qui leur sont propres. Or, quoi d'étonnant à ce que le mélancolique et l'hypochondriaque, qui s'isolent au milieu du bruit, de la société, de l'activité de la vie, affectent un langage particulier pour désigner les sensations, les sentiments qu'ils finissent par considérer comme spéciaux à leurs personnes, comme étant sans analogie chez les autres. Ils essaient de reproduire, ils imagent leur récit, et plus ils précisent en fouillant dans leurs souvenirs, dans l'arsenal

(1) *Loco citato*, p. 235.

©BIUM

de leurs connaissances, et plus leur délire se systématise pour ceux qui les écoutent. Quand les ressources de son esprit le lui permettent, le malade n'est pas embarrassé de trouver des expressions, et son langage réflète l'élévation sociale où il se trouve ; mais si l'on descend dans les rangs inférieurs, on trouve les comparaisons de plus en plus vulgaires, de plus en plus triviales. Il y aurait bien des considérations à faire valoir sur ce sujet et qui jetteraient un jour tout nouveau sur les manifestations des délires hypochondriaques, mais dans ce travail les digressions ont déjà été tellement nombreuses que nous avons hâte d'arriver aux conclusions.

V. INFLUENCE DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ SUR LES DIVERSES VARIÉTÉS MÉLANCOLIQUES.

Dans la seconde partie, les symptômes morbides de la sensibilité générale ont été énumérés en prenant soin de rappeler soit en note, soit dans le texte, ceux qui étaient communs aux délires mélancoliques ; dans les chapitres précédents nous avons fait ressortir ce qui devait être attribué à la sensibilité générale entrant comme élément dans la constitution morale du sujet. Actuellement, il nous reste à voir la part directe qui revient à cette faculté du système nerveux, dans l'évolution des affections mélancoliques.

On a pu pressentir, par le soin avec lequel nous avons élagué les influences accessoires, que le rôle de la sensibilité générale se résume à fournir les éléments, le fond, le terrain sur lequel se développeront les conceptions délirantes; que c'est à elle, qui a formé la susceptibilité affective du sujet, qu'il faut demander compte de cette imprégnation triste et chagrine, morose et craintive, passionnelle en un mot, qui différencie si nettement le groupe mélancolique, à tel point qu'on peut affirmer que l'altération de la sensibilité générale est à la base de toutes les affections mélan-

©BIUM

coliques. N'est-ce pas le trouble de la cénesthésie qui, chez les malades à tempérament nerveux, détermine cette dépression psychique à laquelle on donne le nom de mélancolie sans délire, et qui n'est en somme que ce qui a été décrit comme constituant l'état mélancolique, quand le tempérament du malade offrait les caractères de la variété encéphalique, et comme état hypochondriaque, quand, au contraire, c'était le système ganglionnaire qui prédominait chez lui?

Envisagée non plus dans son ensemble, comme cénesthésie, mais dans ses parties formant les sensations médullaires, la sensibilité générale est non moins productrice de troubles mélancoliques.

Ainsi les angoisses précordiales, les altérations du besoin de respirer peuvent caractériser à elles seules la variété que l'on a désignée sous le nom de mélancolie anxieuse, et que Krafft Ebing décrit sous celui de dépression mélancolique avec accès subit d'angoisse.

Faut-il rappeler que l'état de la sensibilité générale constitue, par son altération, l'essence même de la nostalgie, et que c'est seulement à l'éloignement du malade des lieux où sa santé était normale, des personnes dont l'affection et les soins rendent plus choquante l'indifférence de son entourage, qu'il faut attribuer la forme que revêt le délire (qui, du reste, est souvent absent dans la nostalgie).

Mais c'est surtout dans les affections hypochondriaques et dans le délire des persécutions, que s'affirme cette prépondérance des altérations cénesthésiques, à tel point qu'on peut pour ainsi dire démêler la part de chacun des éléments sensibles qui la constituent. Ainsi les sensations de contact, de frémissements, de tiraillements, de piqûres, de douleurs, toutes fondées, ainsi que nous l'avons mentionné, sur le mouvement des corps en contact avec les extrémités périphériques des nerfs sensibles, caractérisent la première phase des délires hypochondriaques.

©BIUM

Les troubles dans la sensibilité thermo-électrique caractérisent la période où le délire se systématise et lui donnent un caractère tellement tranché que Krafft Ebing n'a pas hésité à en faire une variété de délire des persécutions.

Parmi les variétés du délire des persécutions nous mentionnerons, dit cet auteur (1), en premier lieu celle dans laquelle l'électricité et le magnétisme jouent le principal rôle. Ce sont des sensations anormales et pénibles dans les nerfs de la périphérie qui donnent au délire son caractère particulier; elles sont ordinairement l'expression excentrique d'altérations de la moelle épinière et du cerveau, ou bien résultent de troubles dans la sphère sexuelle; car il est remarquable de voir combien souvent ce genre de délire apparaît à la suite d'excès vénériens ou de maladies des organes sexuels. Quoi qu'il en soit, le malade attribue ces sensations douloureuses ou simplement pénibles (nous ajouterions même indifférentes) aux machinations de puissances mystérieuses ou à la méchanceté d'autrui et, *suivant le degré de culture individuelle, la chimie, la physique, la magie ou la sorcellerie lui servent à en expliquer les voies et moyens* (2).

Nous ajouterons que le délire des persécutions qui se traduit par des craintes d'empoisonnement repose sur cette partie de la sensibilité médullaire qui a son siége dans les viscères digestifs, et que les perturbations esthésiques qui émanent de l'appareil génito-urinaire, ont déterminé la variété à laquelle est donné le nom de mélancolie sexuelle. Enfin, c'est dans les modifications de la sensibilité muscu-

(1) *Loco citato*, p. 112.

(2) En effet, ces circonstances influencent l'expression, l'interprétation donnée par le malade à ces sensations étranges ; mais le fait que des milliers d'aliénés, dans des conditions différentes de position, de fortune, d'instruction et de milieu, s'accordent à reconnaître l'analogie de ces sensations avec des secousses électriques, prouve à quel point notre conception de la sensibilité générale repose sur la réalité des choses.

©BIUM

laire qu'on doit trouver la raison des symptômes caractéristiques des mélancolies *impulsives*, de celles avec tendance à la *destruction*, ainsi que certains gestes et phrases des *aliénés gémisseurs*. Cette dernière assertion pourrait paraître étrange, si on ne se rappelait que le langage n'est en réalité qu'une série de mouvements coordonnés, qui peut fort bien s'effectuer sans l'intervention des hémisphères cérébraux. Or l'invariabilité du rhythme et des termes employés par les aliénés gémisseurs, la plupart au moins, ont une analogie frappante avec les mouvements dits réflexes, ce qui nous porte à penser que leurs gémissements et leurs plaintes monotones sont moins l'expression d'une souffrance morale ou physique, qu'une simple manifestation sensitivo-motrice.

Il est encore bien d'autres variétés de délire mélancolique admises par les auteurs, mais nous croyons pouvoir sans scrupule les passer sous silence, autant parce que la plupart sont des entités purement conventionnelles, que l'exagération d'un phénomène accessoire ou d'un symptôme a servi à édifier, que pour rester conséquent avec l'esprit de ce travail où la minutie des détails a été sacrifiée aux conceptions plus larges et plus générales. Aussi la conclusion définitive s'est-elle trouvée implicitement formulée au cours de l'œuvre, et nous ne ferons que la résumer en disant que les troubles de la sensibilité générale se trouvent à la base de toutes les affections mélancoliques, et que la sphère psychique et les sensations spéciales n'interviennent que dans l'expression et la forme extérieure du délire.

©BIUM

OBSERVATION INTÉRESSANTE

DE

RAMOLLISSEMENT DES DEUX CORPS STRIÉS

Recueillie par M. Clovis GALLOPAIN
dans le service de M. le Dr Dagron, à l'asile de Ville-Évrard.

Attaque apoplectique ; diminution lente et progressive de la force musculaire; paralysie complète du côté gauche avec contracture localisée au bras ; paralysie incomplète du coté droit ; affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire. — Ramollissement du corps strié et de la substance blanche de l'hémisphère droit ; ramollissement du corps strié gauche.

F... Marie, couturière, âgée de 39 ans, est entrée à l'asile de Ville-Evrard le 13 octobre 1874; le certificat délivré à la Préfecture portait : « Démence apoplectique avec hémiplégie gauche ; affaiblissement des facultés de l'intelligence ; dépression mélancolique; idées de suicide. »

Celui délivré à Ste-Anne : « Affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire ; mélancolie; craintes sur son avenir; hémiplégie gauche. »

A son arrivée à l'asile, F... raconte qu'il y a environ deux ans, elle s'est trouvée tout à coup étourdie et est tombée avec perte subite de connaissance ; quand elle fut revenue à elle, elle constata que le côté gauche était devenu plus faible que le côté droit. Depuis, cet affaiblissement musculaire n'a fait que se prononcer de plus en plus.

L'examen de la malade permet de remarquer que, quand elle marche, elle incline assez fortement le corps à gauche et qu'elle traîne la jambe du même côté. L'avant-bras gauche est fléchi à angle obtus sur le bras, et dans les mouvements volontaires, qui sont encore possibles, elle ne peut ni fléchir, ni étendre complétement l'avant-bras sur le bras.

Il lui est impossible de se servir utilement de sa main

©BIUM

gauche, qui laisse facilement tomber les objets, qu'elle ne peut, du reste, saisir qu'avec beaucoup de difficultés.

Comme troubles intellectuels : affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire.

1er *mars*. 1875. — La paralysie du bras gauche a fait beaucoup de progrès. Bien que la jambe du même côté soit très-faible, la malade peut encore marcher.

Faiblesse musculaire dans les membres du côté droit ; il semble qu'il y ait avant la contraction un moment d'hésitation.

Langue déviée à gauche ; embarras de la parole.

6 *mars*. — F... est, depuis quelques heures, dans un état semi-comateux et dans une résolution presque complète, faisant cependant quelques mouvements quand on l'excite; les yeux sont animés de mouvements rares et lents autour de l'axe vertical ; les liquides que l'on introduit dans la bouche ne sont déglutis qu'avec beaucoup de difficultés; lenteur du pouls (cet état a duré près d'un jour).

20 *avril*. — La paralysie du côté gauche est devenue tellement prononcée que F... ne peut plus marcher et qu'on est obligé de la laisser au lit.

12 *mai*. — Attaque épileptoïque analogue à celle du 6 mars. Devient gâteuse.

22 *mai*. — Commencement d'eschare au sacrum.

15 *juin*. — Immobilité absolue du bras et de la jambe gauches. Les doigts de la main gauche sont fléchis dans la paume de la main, et celle-ci sur l'avant-bras ; on peut l'étendre facilement : il y a ici résolution musculaire complète. L'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras; on peut à peine l'écarter de cette position sans éprouver une résistance considérable dans la contracture musculaire. La jambe gauche est dans la résolution.

F... ne peut se servir utilement du bras droit, bien que les mouvements soient encore assez faciles; la main droite

©BIUM

laisse, à chaque instant, tomber les objets, qu'elle est souvent même inhabile à saisir.

20 *juin*. — Nouvelle attaque épileptoïque; coma, résolution.

21 *juin*. — Coma plus profond; insensibilité complète; les liquides introduits dans la bouche ne sont pas déglutis.

22 *juin*. — Le matin : T. 40; immobilité absolue.

A une heure du soir : P. 90, T. 39°.

A la visite du soir, notre malade est complétement remise de son attaque et peut prendre quelque nourriture.

L'eschare au sacrum prend des dimensions considérables; les tissus se mortifient avec une effrayante rapidité.

Depuis deux mois, F... a eu, par moments, des accès d'agitation qui se manifestaient principalement par des cris, qu'elle proférait presque malgré elle; car elle s'accusait de troubler le repos des autres malades et demandait des médicaments pour la calmer.

Elle a eu également, depuis le commencement de mai, des hallucinations de la vue.

20 *juillet*. — La paralysie du côté droit, bien qu'empêchant la malade de se servir utilement de ses membres, n'est cependant encore que très-incomplète.

La commissure gauche est peu mobile; le sillon naso labial du même côté est un peu effacé.

La langue est fortement déviée à gauche.

La sensibilité est légèrement émoussée.

L'appréciation des sensations est insuffisante ou erronée : si on applique un doigt immobile sur la jambe gauche, F.....accuse une sensation de chatouillement ; les différences de température ne sont perçues que quand l'objet est très-froid ou presque brûlant; depuis quelque temps, elle affirme que, la nuit, elle couche tantôt avec un homme, tantôt avec une femme ou un enfant, qu'elle sent parfaitement, soit à sa droite, soit à sa gauche.

©BIUM

D'une manière générale, ces lésions de la sensibilité sont bien plus prononcées à gauche qu'à droite.

24 *juillet.* — Matin : P. 88, T. 40° 5; soir : P. 108, T. 40° 6.

25 *juillet.* — Matin : P. 116, T. 41°; soir : P. 116, T. 40° 8.

26 *juillet.* — Matin : P. 132, T. 41° 4. — Morte dans la journée.

AUTOPSIE 24 HEURES APRÈS LA MORT. — La dure-mère, qui recouvre le tiers antérieur de la gouttière basilaire et la lame quadrilatère du sphénoïde, se détache aisément de l'os, qui apparaît au-dessous, inégal, raboteux, d'une couleur très-brune; la pointe du scalpel s'y enfonce très-facilement; les trabécules du tissu aréolaire sont fragiles, amincies et laissent entre elles des aréoles plus larges, qui renferment une moelle diffluente, d'une couleur lie de vin.

Les artères de la base du crâne sont très-atbéromateuses. Vascularisation intense de la face interne de la dure-mère, qui présente, dans les fosses sphénoïdales, deux fausses membranes très-ténues.

Très-petite quantité de sérosité dans la cavité arachnoïdienne.

La pie-mère est fortement hypérémiée au niveau des faces externe et interne des hémisphères, dans leurs deux tiers postérieurs; dans le tiers antérieur, l'hypérémie est bien moins prononcée.

La pie-mère présente, en outre, à la partie inférieure de la face externe de l'hémisphère droit et au niveau du lobe occipital gauche, des plaques d'un rouge vermillon, dues à une infiltration sanguine dans les mailles de cette membrane. Au-dessous de la pie-mère, qui s'enlève assez facilement, la substance grise apparaît, par places, piquetée de points d'un rouge brun. Au sommet du lobe frontal gauche

©BIUM

et dans l'étendue d'un centimètre environ, une portion de substance grise reste adhérente à la pie-mère.

Immédiatement en avant du genou du corps calleux, à la face inférieure des lobes frontaux et sur la ligne médiane, se trouve une production morbide, adhérente à la pie-mère et au tissu nerveux, dont les dimensions sont :

Deux centimètres et demi de long, deux centimètres de large et huit millimètres d'épaisseur.

La substance nerveuse sur laquelle repose cette tumeur est très-vasculaire; les vaisseaux y ont un développement considérable. Cette tumeur a une consistance fibreuse; on y constate trois noyaux principaux; des coupes pratiquées en divers sens permettent de reconnaître que le tissu est résistant, jaune, et qu'il présente cinq ou six petits kystes lenticulaires.

Hémisphère droit : Etat sablé de la substance nerveuse; les parois des vaisseaux sont épaissies; la substance blanche est tellement ramollie, principalement à la partie antérieure, qu'un simple filet d'eau, qu'on laisse tomber sur une coupe pratiquée au niveau du centre médullaire hémisphéral, suffit pour désagréger le tissu, qui paraît ensuite lacuneux, aréolaire. La substance blanche, qui entoure la cavité digitale, est au contraire manifestement indurée.

Sur la face ventriculaire du corps opto-strié se remarquent des vaisseaux nombreux et très-dilatés, notamment à la partie postérieure.

La membrane ventriculaire, à la surface de laquelle font saillie de fines granulations, est épaissie et très-résistante. Ces granulations existent, du reste, dans les quatre ventricules.

Corps strié : L'extrémité antérieure du noyau intra-ventriculaire se désagrége presque complétement sous un filet d'eau. A la partie moyenne du noyau extra-ventriculaire se trouve un kyste, du volume d'une petite noix : la paroi en est résistante et vasculaire; de sa face interne, partent des

©BIUM

filaments, recouverts de substance nerveuse, qui flottent dans la cavité; le contenu, plus liquide que solide, est blanc laiteux.

Corps calleux ramolli : Il se divise presque spontanément par le simple écartement des hémisphères.

Hémisphère gauche : Ici, l'injection est moindre que dans l'hémisphère droit; la consistance de la substance blanche est normale.

Le corps strié est complétement détruit par le ramollissement; la substance nerveuse, qui entoure ce corps, est indurée dans une très-faible épaisseur, de façon à former une paroi kystique, à contenu presque pulpeux; des filaments, recouverts de débris de substance nerveuse, traversent la cavité. — Viscères sains.

Réflexions. — Le symptôme principal présenté par la malade, qui fait le sujet de l'observation précédente, est une paralysie de la motilité, dont les premières manifestations ont succédé à une attaque apoplectiforme, et qui a été s'aggravant peu à peu jusqu'à devenir presque générale et complète au moment de la mort.

Quant aux troubles intellectuels, qui ont consisté simplement en un affaiblissement des facultés, ils n'ont nécessité l'admission de la malade dans un asile d'aliénés que deux ans après le début des phénomènes paralytiques. Il est bon d'ajouter, du reste, que, même dans le dernier mois de la maladie, F... répondait encore assez raisonnablement à la plupart des questions qu'on lui posait.

Il est donc naturel de penser que la lésion cérébrale première a dû être une nécrobiose des parties des centres nerveux affectées à la transmission des impulsions motrices, nécrobiose qui a son origine et sa cause dans l'insuffisance de la circulation et par suite de la nutrition : conséquence de l'athéromasie artérielle.

Cependant l'autopsie a montré, outre le ramollissement de certaines parties du cerveau : une vive injection de la

©BIUM

face interne de la dure-mère avec deux fausses membranes très-ténues, un épaississement des parois vasculaires, un commencement d'adhérence de la pie-mère à la substance grise de la corne frontale, une vascularisation intense de la substance corticale, enfin un épaississement de l'épendyme qui tapisse les ventricules, avec fines granulations faisant saillie à sa surface : toutes lésions qui appartiennent à la paralysie générale des aliénés.

Il nous est impossible d'admettre que F... était atteinte de paralysie générale depuis plus de deux ans et demi; elle n'en a pas présenté les symptômes psychiques, ni même somatiques; car, la paralysie était complète à gauche, elle ne l'est jamais dans la paralysie générale. D'ailleurs, les lésions caractéristiques sont trop peu avancées : on ne trouve point, en effet, dans la pie-mère, ces épaississements opalins disposés principalement en traînées le long des vaisseaux, et les adhérences avec la substance corticale n'existent qu'en un point.

Ces lésions sont plutôt en rapport avec les phénomènes observés depuis la fin de février 1875 : attaques épileptoïques, hallucinations, accès d'agitation : symptômes que l'on peut rapporter à une paralysie générale *secondaire*, venant compliquer le ramollissement cérébral.

D'ailleurs, les attaques épileptiformes peuvent aussi avoir eu pour cause la tumeur qui se trouvait à la face inférieure des lobes frontaux.

Un autre point intéressant est la destruction *complète* du corps strié gauche avec abolition *incomplète* (parésie) du mouvement dans le côté droit.

S'il est établi que les altérations des corps striés sont particulièrement en rapport avec la paralysie du mouvement, nous croyons que l'observation précédente démontre qu'il ne faut pas aller plus loin, et que l'on ne doit point considérer la destruction du corps strié comme devant entraîner fatalement une paralysie complète.

©BIUM

ALIMENTATION FORCÉE
DES ALIÉNÉS.
PROCÉDÉ PAR L'ÉLECTRICITÉ

Par le Dr Ant. RITTI.

Les procédés artificiels, dont on se sert journellement pour l'alimentation forcée des aliénés, peuvent se réduire à deux principaux : l'emploi de la sonde œsophagienne et l'emploi de la bouche d'argent. Ce n'est pas le lieu d'indiquer les avantages ou les inconvénients que présentent l'un et l'autre moyen ; je désire uniquement faire connaître un nouveau procédé destiné non pas à se substituer aux deux autres depuis longtemps connus, mais à être, en maintes occasions, d'une réelle et incontestable utilité.

Quoique M. Baillarger ait eu la bienveillante obligeance de faire, de ce nouveau procédé d'alimentation forcée, le sujet d'une communication à la *Société médico-psychologique* (1), je crois néanmoins utile de l'exposer avec plus de détails et d'en décrire le manuel opératoire qui, tout en étant très-simple, n'en demande pas moins une certaine adresse, facilement acquise par l'habitude, une grande rapidité d'exécution et surtout un aide intelligent qui sache habilement combiner ses mouvements avec ceux de l'opérateur. Pour rendre cette description plus claire, je l'intercalerai dans l'observation abrégée du malade sur lequel j'ai opéré, et je terminerai par quelques réflexions.

M. X..., lieutenant d'infanterie, âgé de 24 ans, tombe, dans le courant de l'année 1870, dans un état lypémaniaque avec idées de persécution. Les symptômes qu'il présente, depuis le commencement de sa maladie jusqu'en juin 1873, peuvent se résumer en quelques mots : dépression avec

(1) Séance du 26 janvier 1874. V. *Annales médico-psych.* t. XI, p. 263.

©BIUM

hallucinations et illusions de nature diverses, quelquefois impulsions subites et agitation de courte durée. A partir du mois de juin 1873, sous l'influence d'hallucinations plus violentes, l'état du malade s'aggrave; se croyant coupable de grands crimes, il se jette aux genoux des personnes qui viennent le voir et leur demande pardon; il cherche à se déshabiller, mange ses excréments et le plus souvent ne prend ses repas que lorsqu'on a recours à l'intimidation. A partir du mois de septembre de la même année, le refus de nourriture est complet et, le 20 du mois, on commence l'alimentation forcée à l'aide de la sonde œsophagienne. Pendant les premières semaines, deux fois, et plus tard, trois fois par jour, on lui donna par ce moyen un bouillon tenant des jaunes d'œufs en suspension et dans lequel était triturée de la viande crue, — plus du vin et de l'huile de foie de morue. Malgré la quantité des principes alimentaires ingérés, le malade tomba dans un état d'amaigrissement progressif et ce jeune homme, de taille moyenne, autrefois d'une santé très-robuste, arriva à ne plus peser que 48 kilog.

Pour dompter la longue obstination de ce malade, des douches furent administrées pendant plusieurs jours, mais sans résultat; enfin, j'eus recours, le 26 novembre 1873, à l'électricité, suivant le procédé indiqué par Morel (*Traité des mal. ment.* p. 770). Les deux pôles de la pile de Ruhmkorff, dont je me servais, furent successivement promenés sur la nuque et sur les parties latérales du cou; mais le malade resta impassible. Comme je supposais que ce refus obstiné de toute espèce d'aliments avait peut-être pour cause un état anesthésique de la muqueuse du pharynx, je fis passer le courant au niveau de cet organe, à la partie supérieure et latérale du cou, immédiatement au-dessous des angles de la mâchoire inférieure. Sous l'influence de l'électricité, tous les muscles de la région se contractèrent, et je remarquai en même temps le

©BIUM

phénomène extérieur du deuxième temps de la déglutition, c'est-à-dire le mouvement ascendant des cartilages du larynx. Ces faits bien constatés, je fus naturellement conduit à profiter de ces mouvements de déglutition produits artificiellement, pour faire prendre au malade une alimentation plus rationnelle. La chose était d'autant plus aisée, qu'il n'opposait qu'une résistance peu active à l'introduction de la sonde œsophagienne par la bouche. Une sorte de bol alimentaire fut préparée avec 40 grammes de viande crue hachée, mélangée avec du bouillon et quelques gouttes de rhum. Une première cuillerée de ce mélange fut introduite dans la bouche du malade, qu'un aide maintint fermée en y appliquant la main; je fis aussitôt passer le courant et, comme il était facile de le prévoir, l'électricité suppléant à l'activité volontaire opéra la déglutition de la substance nutritive : il en fut de même des autres cuillerées.

A partir de ce jour et deux fois par jour, le malade prit par ce procédé un bol de panade faite avec de la mie de pain et 150 grammes de viande crue hachée. Sans doute il y eut de sa part plus d'une résistance et, par toute sorte de moyens, il essaya de se dérober à cette nouvelle manière de prendre des aliments. Ainsi il repoussait avec la langue ce qui avait été introduit dans la bouche; pour obvier à cet inconvénient, mon aide appliquait la main contre la bouche du malade dès que la cuiller y était introduite et de manière à ce que le manche de cette dernière pût glisser entre deux de ses doigts, qu'il écartait légèrement, quand par un mouvement brusque, je retirais la cuiller; aussitôt aprés, je saisissais les deux tampons électriques et je faisais passer le courant. Il cherchait aussi à lutter contre l'agent galvanique et employait toute l'énergie de sa volonté à empêcher la contraction des muscles pharyngiens; dans ces cas, il suffisait de promener l'un des pôles au niveau de l'un des masséters, tandis que l'autre était placé à la partie supérieure et latérale du cou du côté opposé et la déglutition se faisait aussitôt.

©BIUM

Les résultats de ce nouveau régime ne tardèrent pas à se manifester. En effet, nourri de la sorte, le malade reprit bientôt de l'embonpoint, et au bout de six semaines, le poids s'était déjà élevé de 48 kilog. à 54 kilog. 500 grammes. Durant quatre mois encore, il fallut employer ce moyen et ce ne fut qu'à partir du 21 mai 1874 que notre malade recommença à mâcher et à avaler les aliments (1). A cette époque, il pesait 75 kilog.

Le procédé que je viens de décrire et qui, comme je l'ai indiqué au commencement de cet article, n'est pas destiné à remplacer le moyen si usuel de la sonde œsophagienne, ne pourra être utilisé que dans certaines circonstances bien déterminées. Les aliénés chez lesquels il est surtout appelé à réussir, sont tous les malades inertes et stupides qui n'opposent qu'une résistance passive à ce qu'on tente pour combattre leur refus d'alimentation ou qui conservent le bol alimentaire dans la bouche sans faire aucun effort pour l'avaler. On en voit aussi qui ouvrent spontanément la bouche pour recevoir la sonde et qui ne veulent plus prendre d'aliments que par ce moyen, au point qu'ils se l'introduiraient eux-mêmes ; chez tous ces malades, le procédé par l'électricité, outre qu'il leur procure une alimentation plus rationnelle, réveille la sensibilité, souvent altérée, des muqueuses des premières voies digestives, dont l'intégrité est indispensable à l'exécution normale du réflexe de la déglutition.

(1) Si le malade exécute les mouvements de la mastication et de la déglutition, il n'en est pas de même de ceux de la préhension. Aujourd'hui encore, il refuse obstinément de se servir des mains pour porter les aliments à la bouche: « La loi, dit-il, ne le lui permet pas. »

©BIUM

Médecine légale.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL DU NOMMÉ BERGÈS

inculpé de trois crimes d'assassinat

ET D'UNE TENTATIVE D'ASSASSINAT,
IMMÉDIATEMENT SUIVIS D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE

Par M. le Dr Gérard MARCHANT
Directeur-médecin de l'Asile de Toulouse.

Nous soussignés, Noguès, professeur de clinique interne à l'école de médecine de Toulouse, Batut, professeur de clinique externe à la même école, Achille Janot, médecin chef de service à l'hospice St-Joseph de la Grave, Fontagnères, chirurgien de ce même hôpital, et Marchant, professeur de médecine légale à l'école de Toulouse, directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés de Braqueville, rapporteur :

Commis par M. Bères, juge d'instruction au tribunal de 1re instance de Toulouse, à l'effet d'étudier l'état mental, intellectuel et moral du nommé Bergès, inculpé d'assassinat et de tentatives d'assassinat ; et après un examen aussi prolongé que besoin sera et l'étude de la procédure criminelle qui lui sera communiquée au cabinet du juge d'instruction, dire si l'inculpé Bergès est ou non responsable, au point de vue criminel, des crimes d'assassinat et tentatives d'assassinat qui lui sont imputés :

Après avoir préalablement prêté serment entre les mains de ce magistrat, le lundi vingt-trois février mil huit cent soixante-quinze, nous sommes mis en mesure de remplir le mandat qui nous était confié.

Il résulte de la procédure criminelle, que le vingt-quatre octobre mil huit cent soixante-quatorze, vers neuf heures

©BIUM

du matin, l'inculpé Bergès quitta son domicile armé d'un fusil à deux coups, et rencontrant à quelques pas de ce domicile, les nommés Lasbax Raymond et Nody Bernard, il fit feu sur ces malheureux qui tombèrent foudroyés; puis rechargeant son arme, Bergès aperçut le nommé Caussinus, Antoine, qu'il tua également sur le seuil de sa porte; qu'enfin se dirigeant vers la maison de Vergnes, il tira un quatrième coup de fusil contre ce dernier, qui se rasait derrière la devanture de son magasin. Le prénommé Vergnes fut atteint et grièvement blessé à la face, mais il ne succomba pas à ses blessures.

Quels pouvaient être les mobiles de ce quadruple crime ?

L'instruction très-minutieuse, très-détaillée qui fut faite par M. Bères relate des détails en apparence contradictoires, mais d'une fidélité telle, que leur étude permet de tirer les conséquences les plus utiles pour la solution du problème qui nous était soumis.

Un certain nombre de témoins déposent que le nommé Bergès était très-violent, très-dangereux, mais en réalité, on ne mentionne dans les antécédents de cet homme que des habitude de braconnage qui lui ont valu quelques condamnations. En dehors des délits de chasse et de pêche, mentionnés dans la procédure, on ne constate aucun fait grave qui ait exposé Bergès aux poursuites de la Justice.

Bergès avait-il quelques motils sérieux de haine ou de vengeance contre les quatre victimes qu'il a faites ?

L'instruction révèle que Bergès ne connaissait pas Lasbax, Raymond, qu'il vivait dans certains rapports de bon voisinage avec Nody, puisque celui-ci déposait les engins de son travail chez lui, et que souvent Nody et Bergès, accomplissaient des travaux en commun, qu'ils se procuraient l'un l'autre.

Vergnes lui-même déclare que Bergès n'avait aucun motif de lui en vouloir, car il lui faisait tous ses devis et tous ses comptes. Il se défiait si peu des sentiments de Bergès à

©BIUM

son égard, que lorsque celui-ci s'arrêta à six pas de la devanture de son magasin, qu'il épaula son fusil et le visa à la tête, il crut qu'il voulait plaisanter.

Les sentiments de haine de Bergès contre Caussinus paraissent, en apparence, mieux établis ; mais, quand on analyse les faits de la procédure, on constate ce premier point, que Bergès en voulait surtout à Caussinus parce qu'il se croyait en butte à son inimitié. « Caussinus m'en voulait depuis longtemps, » dit Bergès dans son interrogatoire du vingt-cinq octobre.

Les faits sur lesquels on se fonde pour expliquer les sentiments de haine de Bergès contre Caussinus et Nody sont peut-être plausibles, mais, à coup sûr, ils ne sont pas en rapport avec la gravité des crimes commis. On a accusé Bergès d'avoir tenté de violer une fille, d'avoir chassé sur les terres du maréchal Niel, et d'avoir frappé son garde. Mais ces accusations eussent-elles été formelles, ne pourraient pas justifier l'énormité du crime de Bergès. Ces motifs de haine et de vengeance pourraient-ils être invoqués pour expliquer les crimes commis contre Lasbax et contre Vergnes?

En résumé, quelque créance qu'on ajoute aux dépositions des témoins sur les antécédents et les habitudes de Bergès, quelque importance qu'on accorde aux appréciations plus ou moins justifiées de ces témoins, on ne constate aucun fait assez saillant qui permette de l'assigner pour mobile aux crimes commis par Bergès.

L'inculpé Bergès peut-il être considéré comme aliéné ?

Les dépositions de la plupart des témoins devraient faire écarter ce motif d'excuse. Presque tous sont unanimes pour déclarer que Bergès n'a jamais été fou. Les quelques témoins qui parlent de folie, s'expriment en termes si vagues, qu'on ne peut attribuer une grande importance à leurs déclarations.

Mais, quelle est d'ailleurs l'autorité des témoins entendus,

©BIUM

pour qu'ils puissent se prononcer avec quelque connaissance de cause, sur une des questions les plus difficiles, les plus délicates de la médecine ? Les poursuites de la justice contre un homme dont l'état de folie est manifeste sont en général très-vite abandonnées.

La longueur et la lenteur apportées dans l'instruction de l'affaire Bergès, démontrent, *a priori*, qu'il existe quelques doutes sur l'intégrité de l'intelligence de cet homme.

La procédure dirigée par M. le juge d'instruction Bères, est tellement fidèle, qu'au millieu de cette multitude de dépositions souvent contradictoires ou futiles, elle permet à l'observateur de démêler des faits caractéristiques qui lui inspirent les doutes les plus sérieux sur l'intégrité de l'intelligence de Bergès. Il constate, en effet, non seulement, des symptômes de folie au moment qui a précédé et suivi le crime, mais encore il peut étudier la période d'incubation de cette maladie.

Il est évident d'après les révélations de la procédure, que Bergès était en proie depuis longtemps à des désordres spéciaux de la sensibilité. Il ne dormait pas la nuit, parce qu'il entendait dans sa maison des bruits étranges qui quelquefois le réveillaient en sursaut.

Bergès précise le moment où il a ressenti les premières atteintes de cet état. C'est en creusant un puits chez Dufaur qu'il se sentit sous l'empire du spiritisme. Depuis ce jour il était souvent pris de maux d'estomac, son visage se couvrait de gouttes de sueur grosses comme des pois, et, je voyais bien, dit-il, qu'on avait jeté un sort sur moi. Pendant la nuit, les esprits faisaient des menaces à Bergès et le rendaient malade.

Ces détails, que je puise dans l'interrogatoire de Bergès par M. le juge d'instruction, à la date du vingt-cinq octobre mil huit cent soixante-quatorze, qui se trouvent relatés d'ailleurs dans plusieurs témoignages, constituent un fait important au point de vue médical.

©BIUM

On sait, en effet, qu'à son point de départ, la folie consiste dans des troubles variés de la sensibilité générale, dans l'exaltation et la perversion des instincts et des passions, qui entraînent à leur suite le désordre de l'intelligence, le vice de rectitude et de rapidité dans l'association des idées et des sentiments.

Quelle devait être sur Bergès, la conséquence des perversions de la sensibilité caractérisées par de l'insomnie, par des maux d'estomac, par des hallucinations, par l'apparition de gouttes de sueur grosses comme des pois?

Bergès a pensé qu'on l'avait ensorcelé, qu'on lui avait jeté un sort, du venin, qu'on l'avait soumis à l'action du spiritisme ou des esprits. Il attache peu d'importance aux explications qu'il donne à cet égard, mais il ressent des impressions nouvelles, étranges, incommodes et fatigantes. Le désespoir s'empare de lui, et il cherche quels peuvent être les auteurs du mal qu'il éprouve. Ses soupçons tombent sur Dufaur, dans la maison duquel il a ressenti les premières atteintes du mal qui l'obsède; sur Nody qui le taquine souvent en lui disant qu'il devait bien connaître ceux qui avaient frappé le garde du maréchal Niel; sur Caussinus, avec lequel il avait eu des altercations plus ou moins fréquentes, plus ou moins graves. Les soupçons précités tombent enfin sur des hommes qu'il suppose à tort ou à raison, s'occuper de spiritisme, avoir quelque pouvoir sur les esprits.

C'est une erreur trop souvent admise, de penser que la folie débute par des désordres purement intellectuels ; la plupart des aliénistes modernes s'accordent sur ce point, que les troubles de la sensibilité précèdent les désordres de l'intelligence, et qu'à ceux-ci succède le délire des pensées et des paroles.

Bergès appréciait mal les impressions qu'il ressentait, et pathologiquement prédisposé à les interpréter mal, il les attribuait à l'influence des hommes avec lesquels il vivait.

©BIUM

Or, ainsi que cela arrive presque toujours chez les aliénés, la réflexion, loin de détromper Bergès sur la cause de ses souffrances, l'affermissait chaque jour dans la justesse de ses appréciations. Pour dernier terme de cet état de choses, sa volonté s'associa aux désordres de ses sentiments, se complut dans les erreurs dangereuses contre lesquelles il avait lutté, et les sanctionna de toute sa puissance.

Bergès commettait un quadruple crime, parce qu'il était aliéné, et qu'il obéissait à cette logique fatale de la folie qui trouve sa source et ses éléments de conviction dans un état pathologique de la sensibilité.

Mais, cette appréciation est-elle basée sur des faits d'une observation sérieuse ?

Ce qui frappe l'observateur compétent dans la lecture des pièces dont se compose l'instruction de l'affaire Bergès, c'est que chez cet homme, tous les symptômes de folie se déroulent d'une manière harmonique pour constituer la description la plus vraie, la plus fidèle d'une des variétés de la folie. Tous les détails s'enchaînent, se corroborent et se complètent.

Bergès se sent malade, il cherche la cause de ce mal étrange qui l'obséde et le fatigue, et qui fait naître en lui l'idée de sa fin prochaine. Il accuse Dufaur d'avoir mis quelque chose dans le vin qu'il lui a fait boire, puis il accuse Nody et Caussinus, qu'il croit très-puissant auprès des Esprits. Dès ce moment, et pour compléter un tableau fidéle d'une variété des aliénations mentales, Bergès admet que tout le monde connaît sa situation ; il commente les actes les plus futiles des personnes avec lesquelles il se trouve, et il admet que ces actes se rapportent à lui. C'est ainsi que dans la soirée qui a précédé le crime, il fit peur aux deux témoins Théry qu'il regardait avec des yeux fixes et à l'une desquelles il refusa de toucher la main, parce que, dit-il, cette femme assise, se remuait dans sa chaise d'une manière qui lui faisait comprendre qu'elle savait tout.

©BIUM

En butte à toutes ces impressions maladives, sa situation s'aggrave encore par la pensée qu'on a jeté sur son fils la même maladie dont il se trouve atteint. Il entend, d'ailleurs, du bruit au-dessus de sa chambre, il entend les cantonniers travailler autour de sa maison, qu'il croit un moment cernée de tous côtés. Il sort armé, dit-il, sans avoir l'intention de tuer quelqu'un, mais arrivé à quelque distance de sa maison il rencontre Lasbax qu'il ne connaissait pas et Nody qui le regardent avec un œil tout spécial, comme une lumière. Sans provocation, sans explication, il tue ces deux hommes; puis rencontrant Caussinus, il le tue encore, il décharge un quatrième coup de fusil sur Vergnes ; il aurait tué Dufaur s'il l'eût rencontré, il aurait tué tous ceux que les désordres de ses sentiments lui auraient signalés comme auteurs ou complices de la maladie qu'on avait jetée sur lui et sur son enfant. Est-il nécessaire, après l'exposé rapide des faits précédents de chercher en dehors d'un accès de folie, les causes des crimes accomplis par Bergès ? La logique à laquelle il a obéi est la logique impérieuse, irrésistible d'un aliéné.

Mais les observations et les appréciations qui précèdent et qui ont été toutes puisées dans les faits relatés dans la procédure, seront-elles corroborées par l'examen direct de l'inculpé Bergès ?

L'attitude de Bergès, son regard, l'expression de sa physionomie, témoignent déjà d'un état mental pathologique. Le plus souvent Bergès paraît peu soucieux de sa situation ; deux fois seulement, il s'est montré ému en parlant de son enfant.

Interrogé sur les circonstances qui ont précédé son quadruple assassinat, et sur les motifs qui l'ont poussé à commettre un crime aussi horrible, Bergès répète sans esse la même chose avec un accent de franchise et de conviction qui dénotent sa bonne foi,

« M. Dufaur est la cause du malheur de Bergès, il vous « le dirait mieux que moi, lui et ses locataires. Il me don-

©BIUM

« nait du vin trouble, nous disait-il, et je ne sais pas ce qu'il « mettait dans son vin.

Les sensations étranges éprouvées par Bergès sont souvent décrites par lui avec une telle fidélité qu'elle impose la conviction sur la réalité de ces sensations.

« On me tenait, disait-il, je ne voyais personne. On m'enlevait la respiration. Ce qu'on m'avait mis dessus me faisait rire et pleurer dans mon lit; j'ai eu cinq ou six attaques de cette nature. Le seize ou le dix-sept septembre, on vint me chercher pour aller chez le commissaire de police; ce jour là j'avais une suffocation sur moi sans savoir ce que c'était. Le soir j'eus froid, le samedi soir je vins à la maison, je me couchais, la nuit je ne dormais pas; je pensais à tout ce que j'avais fait, on me serrait, j'avais un poids, je criais, et en me réveillant j'étais calme. Le jour ma tête était en feu. »

Bergès était tourmenté depuis quelques jours, il se croyait perdu, il lui semblait que toute la gendarmerie était à ses trousses. « On m'accuse d'avoir battu le garde du maréchal et d'avoir voulu violer une femme. »

A l'exemple de la plupart des aliénés qui se croient persécutés, Bergès, exagérant l'importance de sa personne, suppose que tout le monde s'occupe de lui. Quand il passait dans les rues, tout le monde pâlissait; s'il touchait la main à ses amis, ils pâlissaient et leur main tremblait dans la sienne.

« Un jour, raconte-t-il, je suis allé à l'embouchure; j'étais tenu par une suffocation; j'ai vu des gendarmes; tout m'est passé immédiatement. J'ai couru après eux, je leur ai dit: Vous venez avec moi? Non, ont-ils répondu. Je suis rentré chez ma femme et je lui ai dit: Tout est inutile maintenant, on sait tout ce que nous avons dedans. »

Toutes ces narrations, les troubles moraux qu'elles révèlent, la manière étrange dont elles sont exprimées, suffiraient déjà à caractériser un état de folie. Mais le doute

©BIUM

n'est plus possible, quand on constate chez Bergès les idées fausses et fixes qui ont été le mobile de ses assassinats.

« Quoique Caussinus, dit-il, ne me parlât pas, j'ai eu l'idée qu'il était cause de tout cela. La nuit qui a précédé le crime, j'étais retenu dedans par la force de Caussinus et du brigadier. »

Quand on analyse les dispositions morales de Bergès envers ses victimes, on ne constate pas chez lui des sentiments d'une haine réelle. Il dit rarement : j'en voulais au brigadier ou à Caussinus, mais il affirme que ceux-ci lui en voulaient, qu'ils le faisaient souffrir, qu'ils voulaient le faire mourir. Or, Bergès admettant ce fait comme vrai, s'est cru en état de légitime défense. La justesse de cette explication ressort de plusieurs des déclarations faites par Bergès, elle se révèle surtout dans les explications ci-dessus consignées.

« En sortant de chez moi le jour du crime, je n'avais » pas l'intention de tuer personne. Mais, j'ai vu le brigadier » et le cantonnier; à leur vue, j'ai eu un frémissement et » j'ai couru, puis, en me retournant, j'ai vu le brigadier » qui me faisait un œil comme une lumière, et alors » j'ai dit : Ah ! c'est vous et j'ai tiré mes deux coups, et » puis j'ai rechargé mon fusil. Je m'en suis revenu sur » mes pas, j'ai trouvé Caussinus qui sortait de sa maison, » puis il y est rentré pour en ressortir au moment où » je passais. Je l'ai tué ! J'ai aussi tiré sur Vergnes, parce » que lui avec les autres étaient cause de tout. Ils voulaient » me faire mourir par force et alors je me suis dit : ils pas- » seront devant moi. »

Bergès paraît avoir eu des hallucinations ; ceux d'entre nous qui ont vu cet homme dans les premières heures qui ont suivi le crime en ont constaté ; l'inculpé lui-même les décrit souvent dans les détails qu'il donne. La veille du crime, le diable était dans sa chambre, il prit de l'eau

©BIUM

bénite, en aspergea la chambre et son lit, mais il vit bien que ce n'était pas le diable mais bien les vivants.

Les détails qui précèdent se combinent d'une manière tellement harmonique, ils forment un ensemble tellement conforme aux exemples de folie qui s'observent tous les jours dans les asiles d'aliénés, qu'il est impossible de méconnaître l'existence chez Bergès de cette variété des aliénations à laquelle on a donné le nom de délire des persécutions.

Mais Bergès ne simule-t-il pas la folie? Cette supposition ne saurait être soutenue, car, d'une part, il faudrait admettre que cet homme est doué d'une très-grande intelligence, ce qui n'est pas fondé, et il faudrait en outre, lui supposer les connaissances les plus approfondies sur les aliénations mentales.

L'idée d'une simulation n'est pas soutenable, car Bergès ne déraisonne pas, dans l'acception du sens que les gens du monde attachent au délire des aliénés ; il raisonne juste sur les choses ordinaires de la vie, mais quand il pense à ses souffrances, il déraisonne sur leurs causes, leur but, et il réagit, à cet égard, aussi faussement qu'il raisonne. En d'autres termes, il accepte de faux principes, et il en déduit des conséquences logiquement fausses.

Enfin, Bergès n'exagère rien de ce qu'il raconte, il cherche, au contraire, à se soustraire à nos investigations. Il est même probable qu'il cache des pensées et peut-être des sensations, car, très-souvent, quand il parle, il s'arrête, porte sa tête de côté à la manière d'un homme qui voudrait voir ou écouter quelqu'un placé près de lui. Cette habitude fréquente chez les aliénés, révèle presque toujours l'existence d'hallucinations, et cependant, quand on demande à Bergès s'il entend des voix ou s'il voit des personnes, il répond : Non !

Après avoir commis le quadruple crime précité, Bergès a tenté de se suicider. Cette tentative, qui était sérieuse,

©BIUM

permet-elle de rien préjuger sur le désordre mental de Bergès? En d'autres termes, un aliéné inconscient éprouve-t-il le besoin de se tuer?

L'expérience permet d'affirmer déjà que des aliénés, dont l'état mental ne pouvait être contesté, se sont suicidés ou ont tenté de se suicider après avoir commis un ou plusieurs crimes. Mais, dans l'affaire Bergès, on peut interpréter sa tentative de suicide avec une égale probabilité, soit dans le sens de la folie, soit dans le sens d'un état de raison.

On pourrait dire, par exemple, que Bergès, poursuivi par cette idée fausse qui l'obsédait, a voulu se détruire pour se soustraire à ses ennemis. Cette étrange inconséquence est très-fréquente chez les aliénés qui se tuent pour ne pas être tués. Les uns meurent d'inanition parce qu'ils ne veulent pas manger des aliments empoisonnés, d'autres se suicident pour éviter des dangers imaginaires les plus étranges.

Bergès a pu tenter de se suicider, au contraire, parce que sous l'empire des émotions qu'il a dû éprouver, sous l'empire des sentiments de crainte et d'horreur dont il s'est senti entouré, il a recouvré un moment sa raison, et appréciant alors sa terrible situation il aura voulu se donner la mort.

Quelque cause qu'on assigne à la tentative de suicide faite par Bergès, elle ne saurait en rien modifier les conclusions de l'analyse médico-psychologique consignée dans ce rapport.

En résumé :

Considérant le défaut de corrélation qui existe entre l'énormité des crimes commis par Bergès et la futilité des causes ordinaires qu'on pourrait assigner à ces crimes ;

Considérant l'ensemble harmonique des troubles de la sensibilité observés chez Bergès ;

Considérant que ces troubles de la sensibilité permettent

©BIUM

seuls d'expliquer la conduite de Bergès, puisque de leur existence découlent les idées fausses et fixes qui obsèdent son esprit ;

Considérant que l'énergie et la fixité de ces idées fausses ont pu faire croire à Bergès qu'il était en cas de légitime défense ;

Par ces motifs, répondant aux questions qui nous ont été posées, nous concluons :

1° Que Bergès est atteint d'aliénation mentale ;

2° Qu'il n'est pas responsable au point de vue criminel des crimes d'assassinat et tentatives d'assassinat qui lui sont imputés ;

3° Que Bergès est un aliéné dangereux, qu'il doit être placé dans un asile et que, par conséquent, il doit être mis à la disposition de l'autorité administrative.

Fait et délibéré à Toulouse, le vingt-deux avril mil huit cent soixante-quinze.

Ont signé : NOGUÈS,
BATUT,
JANOT,
FONTAGNÈRES,
G. MARCHANT, *rapporteur*.

Malgré la légitime notoriété des signataires de ce rapport, malgré leurs déclarations affirmatives à l'audience, ses conclusions n'ont pas été acceptées par le jury. — Bergès a été condamné à la peine de mort le 21 août 1873.

Vu l'importance de l'affaire, le parquet avait délégué deux commissions pour examiner l'état mental de Bergès. Un premier rapport avait conclu à une *demi-responsabilité* : ce rapport était signé par trois médecins, dont deux, après un examen plus approfondi, ont eu la loyauté de se dédire, et d'adhérer aux conclusions formulées dans un deuxième rapport rédigé par le Dr Marchant. Cinq médecins concluaient donc à l'irresponsabilité de l'inculpé et le

©BIUM

déclaraient atteint d'aliénation mentale, — un seul était d'un avis contraire, tout en formulant des réserves.

La Cour de cassation avait rejeté le pourvoi en grâce fourni par Bergès. Mais le président de la République, en présence de ce cas bien rare dans les annales judiciaires, et du doute qui s'impose honnêtement et nécessairement, en face d'une telle situation, a commué la peine capitale en réclusion perpétuelle, et non en travaux forcés à perpétuité.

La réclusion perpétuelle se subissant en France, Bergès pourra être attentivement surveillé, et le jour où il donnera des signes d'aliénation mentale, évidents cette fois pour tout le monde, il pourra et devra être placé dans une maison spéciale d'aliénés.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médico-psychologique.

Séance du 28 juin 1874. — Présidence de M. Blanche.

La séance est ouverte à 4 heures 1/4.

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

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les quatre derniers numéros de la *Tribune médicale*;

2° Le dernier fascicule de *The journal of psychological medicine and mental pathology*. Publication reprise par le Dr Forbes Winslow fils.

M. Brierre de Boismont est chargé d'accuser réception à M. Forbes Winslow de son envoi, et de lui exprimer les remerciements de la Société médico-psychologique de Paris;

3° Une lettre circulaire émanant du comité d'organisation du Congrès international des sciences médicales de Bruxelles, annonçant la fondation d'une section de médecine mentale et invitant la Société médico-psychologique à déléguer un ou plusieurs de ses membres pour prendre part aux discussions du congrès.

La désignation des délégués sera faite ultérieurement et avis en sera donné en temps opportun à M. Warlomont.

4° Une lettre de M. Durangel annonçant *officieusement* à M. Blanche que M. le ministre de l'intérieur a pris la résolution d'autoriser cinq élèves en médecine à suivre régulièrement chacun des services des aliénés des asiles publics de la Seine.

Ces élèves seront désignés par M. le préfet de la Seine sur une liste de présentation dressée par les soins de la Faculté de médecine.

M. le Président est prié d'adresser à M. Durangel les remerciements de la Société.

De plus M. le Président et M. le Secrétaire général sont chargés de visiter M. le Doyen de la Faculté, pour le prier de prendre sans retard les mesures propres à assurer l'exécution de la décision du ministère.

©BIUM

5e Une lettre par laquelle Mme Aubanel remercie la société de lui avoir fait connaître les lauréats du prix fondé par son mari.

Présentation.

M. Collineau dépose sur le bureau et fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *De l'enseignement populaire de l'hygiène*. Conférence faite à la société pour l'instruction élémentaire.

Demandes d'admission.

Sollicitent le titre de membre associé étranger :

1° M. le Dr Obersteiner, père, sur la candidature duquel il est statué immédiatement et qui est admis à la majorité des suffrages.

2° M. le Dr Henri Obersteiner, fils, qui adresse à la Société sept brochures à l'appui de sa candidature.

Une commission composée de MM. Falret, Bouchereau et Brierre de Boismont est chargée d'un rapport sur la candidature de M. Obersteiner fils.

4° M. le Dr Masoin, professeur à l'université de Louvain, qui adresse à la Société plusieurs brochures à l'appui de sa candidature.

Une commission composée de MM. Billod, Lucas, et Motet est chargée de faire un rapport sur la candidature de M. Masoin.

Les aliénés avec conscience de leur état.

M. Falret a la parole pour une communication sur *les aliénés avec conscience de leur état.*

Discussion.

M. Lunier demande, avant qu'on ouvre la discussion sur le sujet abordé par M. Falret, à poser une question préalable.

En raison de la proximité des vacances et de l'importance que comporte le débat, M. Lunier propose de renvoyer la discussion au mois d'octobre. Ce délai permettra de livrer à l'impression le mémoire de M. Falret, avant que les diverses opinions soient appelées à se formuler.

La proposition est adoptée.

M. Delasiauve, sans préjudice d'une discussion de fond, fait remarquer que la forme mentale décrite par M. Falret a été spécifiée par lui il y a vingt ans.

©BIUM

Dans le mémoire que j'ai publié sur la pseudo-monomanie, j'ai signalé, dit M. Delasiauve, un nombre considérable de faits du genre de ceux auxquels M. Falret fait allusion.

Ces faits qui m'étaient personnels ont de très-nombreu logues dans la science.

A propos de la discussion sur la *responsabilité partielle*, j'ai insisté sur ces faits, et j'ai démontré que dans une foule de circonstances on confond avec la monomanie des cas d'aliénation qui en diffèrent et auxquels j'ai donné la désignation de *délire partiel diffus*, désignation conforme à la classification que j'ai proposée, et reposant sur des principes physiologiques nettement définis.

Les considérations que j'ai exposées dans mon mémoire sur la pseudo-monomanie, ont servi à M. Morel comme base de son travail sur le délire émotif.

Elles peuvent aider à catégoriser les faits qu'étudie aujourd'hui M. Falret.

Toutes les fois, en effet, que l'intégrité du raisonnement, que le pouvoir syllogistique subsiste, on a affaire a un délire partiel monomaniaque ou diffus. Lorsqu'au contraire l'intégrité syllogistique est compromise on se trouve en présence d'un délire général (manie, stupidité, paralysie générale, démence, etc.)

M. Falret a cru pouvoir établir des distinctions fondées sur la manifestation de prédominances symptomatiques; mais suivant l'intensité essentiellement variable des accès, ces prédominances peuvent s'effacer, saillir, ou se modifier.

La nature et l'explosion de l'impulsion morbide sont subordonnées à la violence du paroxysme.

Bien comprise, cette doctrine que j'ai soutenue rend compte de beaucoup de cas cliniques.

Quant au traitement à domicile dont a parlé M. Falret, je n'en dirai qu'un mot. Je me bornerai à en constater les difficultés. Les malades dont il s'agit ici ne sont nullement maîtres de leurs impulsions. Ils le savent; aussi, d'eux-mêmes, reclament-ils souvent leur admission dans un asile.

Les conseils moraux, les exhortations auxquelles, en maintes circontances, s'obstine leur entourage, sont du plus détestable effet sur leur esprit, ils les irritent et les découragent.

On traite de chimères les impulsions qui les obsèdent. Traiterait-on de chimère une névralgie? Il convient, au contraire, de faire appel à leur résignation en les amenant à com-

©BIUM

prendre que c'est à un traitement physique qu'ils devront la guérison.

Pour ce qui est enfin des testaments que peuvent faire cette sorte d'aliénés, ces testaments peuvent être parfaitemen valables.

Ils le sont ou non, selon qu'ils ont été faits dans une période de crise ou dans un intervalle de lucidité.

Il faut savoir gré à M. Falret, dit en terminant M. Delasiauve d'avoir repris cette question des aliénés avec conscience de leur état. Elle mérite à tous égards de fixer l'attention.

La séance est levée à 6 heures.

Dr Collineau.

Séance du 26 juillet 1875. — Présidence de M. Blanche.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté après la rectification suivante :

M. Delasiauve considère comme possible d'entreprendre à domicile le traitement d'un grand nombre d'entre les aliénés avec conscience de leur état.

Dans le cas où un délit serait à craindre, comme les malades sont conscients, ils sollicitent de leur propre mouvement leur admission dans un asile. C'est pour les circonstances où la conception délirante entraîne la conviction morbide qu'il convient de se réserver d'user d'autorité.

Sur l'enseignement clinique des maladies mentales.

M. Le Président fait part à la Société que de concert avec M. le secrétaire général, il a fait une visite à M. le Doyen dans le but de l'engager à concourir activement à la mise en œuvre de la proposition faite à M. le ministre de l'Intérieur et à M. le ministre de l'Instruction publique.

L'accueil de M. le Doyen a été très-sympathique; mais il a fait remarquer avec justesse que l'époque de l'année scolaire était peu favorable à un commencement d'exécution. Il a été convenu qu'une lettre lui serait adressée lors de la rentrée, pour le prier de prendre les mesures nécessaires à la constitution de *séries d'élèves*, lesquels seront admis à suivre d'une façon assidue les services d'aliénés dans les asiles publics de la Seine.

M. Falret ajoute que de son côté il a eu l'occasion de s'entretenir avec M. Tambour du même sujet, et que ce fonc-

©BIUM

tionnaire a manifesté l'intention d'adresser, lors de la rentrée, à M. le Doyen une demande à l'effet de dresser d'un commun accord les listes des élèves qui seront admis à suivre les services d'aliénés.

Correspondance; transfusion du sang chez les aliénés.

M. le docteur Ponza, membre associé étranger de la Société médico-psychologique envoie la note suivante relatant une suite d'expériences relatives aux effets de la transfusion du sang chez les aliénés.

« Je continue, écrit M. Ponza à pratiquer la transfusion du sang, directement d'artère à artère, de l'agneau chez l'homme, et direcment, de veine à veine, de l'homme chez l'homme.

« J'ai fait en outre, et avec un plein succès, des expériences de transfusion sous-cutanée, chez les agneaux. Sept grammes de sang pompés dans la carotide d'un agneau et injectés dans le tissu connectif des parois abdominales de deux agneaux ont été complétement absorbés au bout de neuf jours.

« J'ai renouvelé cette expérience à l'infirmerie pour les aliénés de l'hopital-Majeur de Milan, où j'ai été invité à venir pratiquer la transfusion.

« J'ai opéré sur un pellagreux lypémaniaque auquel, en raison d'une énorme ascite, on avait ôté de l'abdomen, sept jours auparavant, huit litres de sérosité.

« J'ai pratiqué la transfusion dans le tissu sous-cutané de l'avant-bras. Sept grammes de sang ont été complétement absorbés au bout de douze jours, sans que j'aie observé aucune tendance à la suppuration.

« J'ai pu ainsi me convaincre que lorsque le sang est injecté dans un tissu connectif sain, l'absorption se fait d'une manière complète et assez rapide; chez les sujets malades, cette absorption est retardée, mais elle s'effectue encore, d'une manière certaine, si l'on évite de léser le tissu adipeux et le tissu aponévrotique; sans cela la suppuration ne manque pas de se produire. »

Des remerciements seront adressés à M. le docteur Ponza. Il est décidé en outre que sa communication sera insérée au procès-verbal.

M. Delasiauve fait remarquer, à propos de la communication de M. Ponza, que la quantité de sept grammes de sang qu'il propose d'injecter est bien faible pour produire des résultats appréciables. Chez les épileptiques, dit M. Delasiauve,

©BIUM

il se forme par suite des chutes ou des chocs auxquels ils sont exposés, de vastes épanchements dont la résorption est remarquablement rapide et qui, pour un laps de temps, occasionnent dans la masse sanguine une perturbation d'équilibre bien supérieure à sept grammes.

M. Voisin : Les cas où la transfusion du sang est indiquée sont d'une gravité exceptionnelle. Ce sont ces cas extrêmes dans lesquels tous les agents reconstituants ont échoué.

Il est difficile alors que la transfusion donne les résultats qu'on en espère; le doute, tout au moins est très-permis.

A l'appui de son opinion, M. Voisin rapporte le fait suivant : Il y a deux ans et demi, dit-il, j'ai eu recours à ce procédé à la Salpêtrière, chez une femme lypémaniaque, dont l'état cachectique se compliquait d'eschares et restait rebelle à toutes les médications reconstituantes que j'avais pu employer.

L'opération fut d'une extrême simplicité. Cent grammes de sang injectés dans la veine médiane provoquèrent un retour momentané de calorification ; mais cette amélioration ne fut qu'éphémère, et la malade succomba, sans qu'il fût plus possible par ce procédé que par les autres, d'enrayer les accidents.

Dans le poumon, dont les fonctions étaient restées libres jusque-là, on trouva à droite une splénisation non attribuable à la décomposition cadavérique et il y eut lieu de se demander s'il ne s'était pas produit, dans le parenchyme pulmonaire une stase du sang veineux qui avait été injecté.

Quant aux altérations présentées par le sang de cette femme, elles avaient consisté en ceci : une goutte de ce sang déposé sur le verre du microscope se montrait dépourvu d'homogénéité, les globules se séparaient par groupes, ainsi qu'il arrive chez les malades atteints de cachexie profonde.

La correspondance comprend en outre : 1° une lettre de M. Lallier, pharmacien de l'asile de Quatre-Mares, sollicitant le titre de membre correspondant.

M. Lallier envoie à l'appui de sa candidature ses divers titres scientifiques, et notamment un mémoire sur l'*analyse des urines chez les aliénés*.

Une commmission composée de MM. Dumesnil, Constans et Falret est chargée de présenter à la Société, des conclusions sur la candidature de M. Lallier.

©BIUM

2° Une lettre de M. le docteur PARANT, médecin-adjoint de l'asile privé de Toulouse, sollicitant le titre de membre correspondant.

M. Parant envoie à l'appui de sa candidature ses titres scientifiques et un mémoire sur *la possibilité des suppléances cérébrales*.

Une commission composée de MM. DALLY, LUCAS et MOTET est chargée de présenter des conclusions sur la candidature de M. Parant.

3° Une lettre par laquelle M. le docteur LAUSSEDAT exprime à la Société ses remerciements pour l'accueil favorable fait à sa canditure de membre correspondant.

4° Le n° 7 du *Bolletino del privato manicomio Fleurent a Capodichino in Napoli*.

5° Un prospectus du *Dictionnaire bibliographique des illustrations contemporaines*; publication sur le caractère de laquelle M. le secrétaire général est prié de vouloir bien prendre des renseignements.

Discussion sur la question des aliénés avec conscience.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le mémoire lu dans la précédente séance, par M. Falret, et ayant pour titre : *Des aliénés avec conscience de leur état* :

La parole est à M. FOURNET.

Au cours de l'exposé des doctrines psychologiques qui lui sont propres, M. Fournet développe la notion telle qu'il la possède de la conscience morale.

M. FALRET fait remarquer que la question de la conscience morale a été expressément réservée par lui ; qu'en employant le mot *conscience*, il a entendu lui donner une acception tout à fait restreinte et spéciale au sujet dont il traitait; et dire que les aliénés dont il se proposait de décrire l'affection, étaient ceux qui possédaient la notion positive de la nature morbide des phénomènes cérébro-psychiques plus ou moins bizarres dont ils se sentaient obsédés.

MM. DALLY, DELASIAUVE et BLANCHE appuient M. Falret et déclarent avoir compris le mot *conscience* dont il s'est servi dans le sens particulier qu'il indique.

Vu l'heure avancée, la fin de la communication de M. Fournet est remise à la prochaine réunion.

La Société décide qu'elle ne se réunira pas pendant les mois

©BIUM

d'août et de septembre; les séances seront reprises le dernier lundi d'octobre.

La séance est levée à 6 heures.

Dr COLLINEAU.

Séance du 25 octobre 1875. — Présidence de M. BLANCHE.

La parole est à M. le secrétaire pour la lecture du procès-verbal de la dernière séance. Après une observation de M. DELASIAUVE, qui regrette l'absence de M. Voisin, parce que celui-ci a eu dernièrement occasion d'assister à deux transfusions du sang suivies de succès, dont il aurait pu nous entretenir, le procès-verbal est adopté.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

M. FALRET. J'ai l'honneur d'offrir à la Société une brochure intitulée : *Etude médicale sur l'extatique de Fontet,* par MM. Mauriac et Verdalle, médecins à Bordeaux. M. le Dr Bourdin, que ce sujet intéresse particulièrement, est prié d'en rendre compte.

M. LUNIER. J'offre également, une *Note sur l'influence de la lumière colorée dans le traitement de la folie*, envoyée par M. le Dr PONZA, associé étranger.

M. BLANCHE. Voici trois brochures que je me suis chargé de vous présenter, au nom de M. le Docteur Henri Morselli, médecin du manicôme de Reggio.

1° *Des suicides des délinquants.* — 2° *Du poids du crâne et de la mâchoire, proportionnellement aux sexes.— Du scaphocéphalisme.*

Une Commission, composée de MM. Billod, Motet et Brierre de Boismont, rapporteur, analysera ces travaux.

M. MOTET. J'ai reçu, il y a déjà longtemps, la seconde partie de l'ouvrage de M. Dagron sur les ALIÉNÉS et les ASILES. J'espère que la Société voudra bien me pardonner mon retard, en s'associant à moi pour remercier notre honorable collègue de Ville-Evrard de l'hommage d'un livre plein d'intérêt et qui est appelé à rendre de grands services aux gens du monde, comme à nos confrères.

M. DAGRON. Une partie de ces remerciements revient justement à mon ancien adjoint, le Dr Drouet, dans les notes duquel j'ai puisé bon nombre de matériaux.

©BIUM

M. Lunier donne lecture de la communication de M. le Dr Ponza. (Ce travail sera publié ultérieurement).

M. Motet fait remarquer que plusieurs rapports de candidature sont fort en retard, entre autres celles de MM. Sizaret et Mordret. Il demande, en outre, s'il y aura, à la fin de l'année, des séances supplémentaires.

M. Lunier exprime l'opinion que cette question doit être subordonnée aux travaux de chaque séance, et ne peut être tranchée d'avance.

En conséquence, dit M. Blanche, on décidera à la fin de chaque séance s'il y a lieu de se réunir extraordinairement.

M. Motet dépose sur le bureau un certain nombre de journaux, parmi lesquels plusieurs numéros de la *Tribune médicale*.

Discussion sur la folie avec conscience.

M. Fournet continue la lecture de son Mémoire.

(La communication de M. Fournet n'ayant pu être terminée dans la séance, son travail sera publié ultérieurement, s'il y a lieu.)

Le fou de Saint-Omer.

M. Baillarger. Un fait inouï, et qui rappelle douloureusement les barbaries d'un autre âge, s'est passé, il y a quelques jours, à Saint-Omer. Un malheureux aliéné, évadé d'un quartier d'hospice, se réfugie sur une tourelle, d'où on essaye en vain de le faire descendre. Après d'infructueux efforts, la patience des autorités se lasse, et, par un inconcevable oubli du respect dû à un malade, des sentiments d'humanité que son malheur devait inspirer, l'ordre est donné de tirer sur lui des coups de fusil. On voudrait croire que l'intention ait été seulement de l'effrayer par le bruit; mais il n'en pas été ainsi, les armes étaient chargées à balle, et l'aliéné atteint de quatre blessures, est tombé, a été saisi et garrotté, puis emporté tout sanglant à l'hospice.

Il est du devoir de la Société Médico-psychologique de protester avec indignation contre une conduite aussi barbare, et de flétrir un acte de cruauté aussi odieuse qu'inutile. On avait mille moyens de vaincre la résistance du malheureux aliéné; on pouvait attendre, on n'avait pas le droit de le traiter comme un fauve.

©BIUM

Notre collègue, M. Dagonet, s'est trouvé en présence d'un cas semblable ; un aliéné évadé s'était réfugié à la cime d'un peuplier; on ne pouvait l'y atteindre ; après avoir fait solidement attacher l'arbre aussi haut que possible, on le fit scier par le pied, et sans danger pour lui, l'aliéné fut amené à terre.

Quels que soient les hommes qui ont donné un pareil ordre, et s'il est vrai qu'ils appartiennent à la magistrature et à l'administration, leur conduite est d'autant plus coupable qu'ils ont pour mission de protéger, de défendre l'aliéné ; au nom de la médecine mentale, au nom de l'humanité, la Société Médico-psychologique doit protester énergiquement contre un pareil attentat.

La Société médico-psychologique tout entière s'associe aux généreuses paroles de M. Baillarger, et décide qu'elles seront textuellement rapportées dans le compte rendu de la séance.

La Société décide qu'elle tiendra une séance supplémentaire le lundi 15 novembre.

La séance est levée à 5 heures 3/4.

D. BERTHIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Bulletin de thérapeutique.

(Année 1870)

1° *Contribution à la thérapeutique de l'épilepsie par les préparations de cuivre et de zinc. Maintien des guérisons depuis dix ans*; par M. le D. Aug. Voisin (T. LXXVIII, 5e liv.)

Pour démontrer la curabilité de l'épilepsie et la bonne foi, mise quelquefois en doute, d'Herpin (de Genève), M. Voisin publie neuf observations, relatives à des individus guéris par cet honorable et distingué praticien, sur lesquels il a pu obtenir les renseignements les plus circonstanciés et qui, depuis plus de dix ans, n'ont plus eu d'accès.

La plupart des médecins n'avaient pas besoin de cette preuve pour croire à la bonne foi d'Herpin, qui a rendu un grand service à la science et à l'humanité, en démontrant mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, la curabilité de l'épilepsie.

Quant à l'efficacité de l'oxyde de zinc, je n'hésite pas à déclarer que si, dans la majorité des cas, il agit avec plus de lenteur que le bromure de potassium, les effets qu'il produit sont plus certains et qu'après avoir depuis plus de 20 ans, employé comparativement les deux médicaments, je donne habituellement la préférence à l'oxyde de zinc administré d'après la méthode d'Herpin (de Genève).

2° *Recherches cliniques sur le tabac*; par M. le Dr Blatin (t. LXXVIII, 8e liv.)

M. Blatin étudie dans ce travail les effets du tabac sur l'organisme et notamment sur le cerveau. Le tabac agit sur l'encéphale en en modifiant la circulation. Il a surtout pour effet d'amoindrir l'énergie fonctionnelle du cerveau et d'affaiblir la mémoire.

3° *Chorée rhumatismale grave, guérie par le bromure de potassium* par M. le Dr Gallard (t. LXXIX, 4e liv.)

©BIUM

(Année 1871.)

4° *Deux cas de delirium tremens dans lesquels, après l'échec de l'opium, la guérison a été obtenue au moyen de la digitale* ; par le Dr Nankiwell (t. LXXX, 4e liv.)

Dans les deux cas, la digitale a été donnée en teinture à la dose de 4 grammes dans 30 grammes d'eau, répétée toutes les 3 heures. Quatre à cinq doses ont suffi pour amener la guérison.

5° *Delirium tremens ; insuccès du chloral ; bons effets de la morphine ;* par M. Fr. Simms (t. LXXX, 10e liv.)

6° *Les dangers du choral* ; par le Dr Gauchet (t. LXXX, 12e liv.)

Plusieurs des médecins qui avaient fait usage du chloral avaient observé des accidents graves et inquiétants ; mais aucune observation de mort attribuable au chloral, n'avait encore été signalée, lorsqu'au commencement de 1871 les journaux anglais en ont apporté plusieurs cas.

Ce sont ces observations que rapporte M. Gauchet en les accompagnant de commentaires. Ces faits méritent d'être pris en sérieuse considération.

7° *De l'emploi de l'ergot de seigle dans les maladies mentales* ; par M. le Dr Crichton-Browne, trad., de *the Practitioner* (t. LXXXI., 6e liv) (Voy. *Annales médico-psych.* 1874, T. XI. p. 473)

8° *Hallucinations de la vue et de l'ouïe chez un alcoolique, traitées par le chloral ; guérison rapide* ; par M. le Dr Siredey (t. LXXXI, 12e liv.)

Le malade âgé de 46 ans, menuisier, buvait surtout du vin ; mais tandis que dans sa jeunesse 6 à 7 litres ne l'émotionnaient pas, depuis l'âge de 35 ans, 2 à 3 litres suffisaient pour le griser, ce qui d'ailleurs pourrait bien tenir, en dehors de l'âge, à ce que le vin qu'il buvait autrefois était naturel, au moins relativement, tandis qu'aujourd'hui les vins que boit, à Paris, la classe ouvrière, sont presque tous alcoolisés artificiellement.

Il y a trois semaines, sans cause occasionnelle appréciable, sans excès nouveau, S... est pris, pendant la nuit, d'hallucinations terrifiantes de l'ouïe et de la vue.

Le jour il continue a être obsédé par le souvenir de ces visions qui le rendent sobre, d'ailleurs, pendant les trois

©BIUM

semaines qui ont précédé son entrée à l'hôpital, le 18 oct. 1870.

Le délire et le tremblement alcooliques sont des plus manifestes.

Le lendemain de l'entrée, on lui administre 4 grammes de chloral dans une potion ; il en prend la moitié d'un trait vers huit heures du soir, et chaque fois qu'il se réveille, l'infirmier a l'ordre de lui donner une cuillerée du reste de la potion.

Pour la première fois depuis 3 semaines la nuit est à peu près tranquille ; les nuits suivantes le calme augmente progressivement et le 25, sept jours après l'entrée, S... peut quitter l'hôpital complétement guéri.

Année 1872

9° *Ataxie locomotrice progressive ; action thérapeutique du bromure de potassium* ; par M. le Dr Siredey (T. LXXXII, 5e liv.).

M. Siredey a été conduit à prescrire le bromure de potassium dans l'ataxie locomotrice par les résultats fournis par la physiologie expérimentale.

Dans presque tous les cas où il l'a employé, le bromure, à la dose de 2 à 10 et même 12 grammes par jour, a eu pour effet de diminuer l'incoordination musculaire, de régulariser les mouvements, au moins dans une certaine mesure, et surtout de calmer les douleurs fulgurantes, si atroces quelquefois qu'elles ne laissent au malade ni repos, ni trêve.

Une fois, d'ailleurs, le calme obtenu avec une dose élevée, on peut entretenir l'effet sédatif avec des doses beaucoup plus faibles.

10° *Recherches sur les substances et sur les alcaloïdes tirés de l'opium* ; par M. le Dr Bouchut (T. LXXXIII, 7e liv.).

Voici les conclusions auxquelles l'auteur est arrivé :

De ces observations cliniques faites sur des enfants de 8 à 14 ans, il résulte : que les alcaloïdes tirés de l'opium, administrés par l'estomac et dans le tissu cellulaire, sont les uns soporifiques, et les autres inertes ;

Que ceux qui font dormir ont une action différemment énergique ;

Que, aux doses où il est possible de les administrer chez l'homme, il n'y en a pas qui ait d'action convulsivante ;

Que ceux qui font le mieux dormir sont ceux qui

©BIUM

deviennent toxiques si on emploie des doses trop considérables;

Que la morphine et les sels de morphine sont les préparations les plus actives et les plus soporifiques de celles qui ont été retirées de l'opium;

Que la codéine vient après la morphine pour les propriétés soporifiques;

Qu'il faut employer trois fois plus de codéine que de morphine pour avoir des effets semblables;

Que la narcéine ne vient qu'après la morphine et la codéine pour ses propriétés dormitives, et qu'on peut en faire absorber des doses considérables sans obtenir d'effets appréciables.

Que la papavérine en injections dans le tissu cellulaire, à la dose de 10 centigrammes, ne produit aucun effet appréciable, et que, à un gramme dans l'estomac, elle n'a aucune action.

Que la narcotine, la thébaïne, la méconine, l'acide opianique n'ont aucune action sur l'économie à la dose de 3 et de 50 centigrammes;

Enfin que, dans l'usage médical, il n'y a que l'opium d'abord puis la morphine et la codéine, qui puissent être employés avec avantage pour soulager les malades.

Archives générales de Médecine.

1° *Examen critique des différentes méthodes d'électrisation*; par M. le Dr Duchenne, de Boulogne (juillet et août 1870).

Voici comment l'auteur résume lui-même son excellent mémoire :

I. La faradisation localisée est une excellente et la meilleure méthode d'électrisation applicable au traitement des paralysies atrophiques et principalement des paralysies consécutives aux lésions traumatiques des nerfs mixtes.

Les partisans exclusifs de l'application thérapeutique des courants continus, qui, dans le but de faire prévaloir cette méthode électro-thérapeutique, ont accusé la faradisation localisée, non-seulement d'impuissance dans le traitement des paralysies avec ou sans atrophie, mais aussi d'être nuisible alors en exerçant une action paralysante sur les nerfs vasomoteurs, ces galvano-thérapeutes, dis-je, ont ignoré ou méconnu les résultats admirables de l'application thérapeutique de la faradisation localisée, faite, depuis plus de vingt ans,

©BIUM

sur une vaste échelle, dans le traitement de ces affections ; en conséquence, s'ils n'ont pas obtenu les mêmes résultats, ils ne doivent s'en prendre qu'à eux-mêmes, pour n'avoir pas suivi, en l'appliquant, les préceptes que j'ai établis, d'après une longue expérimentation clinique. D'ailleurs, il est prouvé que la plupart d'entre eux n'ont pas fait des expériences comparatives sur la valeur thérapeutique de la faradisation localisée et des courants continus.

II. Les expériences électro-physiologiques, faites par plusieurs d'entre eux, qui ont servi de base à des attaques récentes dirigées contre l'application thérapeutique de la faradisation localisée, ont été mal interprétées ou sont inexactes. En somme, contrairement à certaines assertions, les courants continus constants et les courants d'induction, à doses équivalentes, exercent une action identique sur les vaso-moteurs constricteurs.

III. L'action thérapeutique de la faradisation localisée s'exerce périphériquement sur la nutrition : 1° en augmentant la force tonique des constricteurs vasculaires par l'excitation des ramifications du sympathique qui accompagnent les artérioles ; 2° en activant les circulations locales par l'excitation des nerfs dilatateurs des vaisseaux, dont l'existence démontrée par l'expérimentation, sinon par l'anatomie, est d'ailleurs nécessaire, comme modérateur des vaso-moteurs constricteurs ; 3° en excitant des nerfs qui agissent directement sur la nutrition, quelle que soit la théorie ou le mécanisme de cette action.

2° *Influence du rhumatisme sur le caractère* ; par M. le Dr Faure (septembre 1871).

Ce mémoire pourrait être intitulé : *Des manifestations intellectuelles et morales du rhumatisme*. C'est bien là, en effet, le but du travail, très-bien conçu d'ailleurs, de M. Faure, qui a pensé, avec raison, selon nous, qu'en dehors des affections inflammatoires du cerveau de cause rhumatismale, on observait assez souvent chez les rhumatisants dans l'habitus normal de leurs pensées et de leurs sentiments des changements assez graves pour agir sur leur volonté et leurs déterminations.

« Un homme est sujet au rhumatisme : très-souvent il vous dira, si vous le mettez sur la voie, — car il n'a aucune raison de rattacher ce qui se passe dans sa tête à ce qu'il ressent dans

©BIUM

les bras, dans les jambes ou dans tout autre partie de son système musculaire, — qu'il a des moments de tristesse sans cause, d'inquiétude, d'abandon de lui-même incompréhensibles. Alors il est découragé sans raison et voit tout en noir; ce qui devrait à peine être l'objet d'une préoccupation modérée devient le motif d'un cruel tourment; il est sans force, tout travail intellectuel est impossible; s'il veut s'appliquer à un problème, il éprouve bientôt une fatigue, une lourdeur de tête, qui dégénèrent souvent en une violente céphalalgie; alors ses sentiments s'altèrent, ses affections ont cessé, il est indifférent à tout; ce qui a le plus de droit ou de pouvoir sur son âme, les souvenirs qui lui sont les plus chers ou les plus douloureux, rien n'a plus d'intérêt pour lui. Son caractère a subi le contre-coup de cette disposition : il est susceptible, irritable, ombrageux; d'anciennes rancunes se réveillent à la vue de certains individus ou des objets qui les rappellent, des mots cruels pleuvent de ses lèvres sur tout ce qui l'entoure, enfin, il se sent tout autre de ce qu'il se sait être réellement. Il a conscience de son état : parfois il peut en sortir momentanément par un effort de volonté ou par une distraction; mais il y retombe bientôt. Quelquefois sa pensée a une tendance irrésistible à se reporter sur de certaines circonstances passées depuis longtemps et qui ont le pouvoir de l'irriter au plus haut degré. Alors survient une sorte de crise : sa tête se congestionne, il se sent tout étourdi. Parfois cette crise s'apaise, elle s'éteint même, lui laisse quelques instants de répit, puis elle reprend; un jour enfin, elle cesse subitement. Le sujet a dès lors l'esprit net et lucide. Tout a disparu. Il se sent dans un autre monde. »

Ces phénomènes, d'ailleurs, ne coïncident pas nécessairement avec les douleurs du rhumatisme; ils n'apparaissent parfois que dans leurs intervalles. Comme les attaques de rhumatisme, ils peuvent être incessants, durer des semaines, des mois; mais le plus souvent ils disparaissent au bout d'un jour ou deux.

Le rhumatisme, d'ailleurs, n'a pas le monopole exclusif de ce genre d'influence sur l'esprit. La goutte, la chlorose, les hémorrhoïdes, parfois même la simple constipation, déterminent des phénomènes analogues, mais moins nettement accusés. M. Faure, à l'appui de ses observations, cite des faits dont il a lui-même recueilli le plus grand nombre.

Quelquefois, la modification maladive de l'esprit se traduit

©BIUM

sans malaise, sans aucune manifestation douloureuse, par un engourdissement de l'intelligence ; le sujet a conscience de son impuissance, de son infériorité momentanée et il ne peut la surmonter.

Les douleurs accusées par les hypochondriaques et que l'on traite volontiers d'imaginaires, certaines tentatives de suicide inexplicables ne seraient-elles pas, dans certains cas, dues à la même cause ?

M. Faure ne fait, pour ainsi dire, qu'effleurer ces questions d'une importance capitale, surtout au point de vue médico-légal, dont il n'a rien dit et sur lequel je me permettrai d'appeler son attention.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ce travail qui mérite d'être lu et médité par toutes les personnes qui s'occupent des maladies mentales et nerveuses.

3° *Etude sur les myélites chroniques et diffuses ;* par M. le Dr Hallopeau (septembre, octobre et novembre 1871 ; janvier et février 1872).

Tantôt, dans la myélite, l'inflammation affecte primitivement les éléments nerveux, tantôt elle atteint d'abord le tissu connectif et interstitiel. Dans le premier cas, la lésion reste limitée aux régions de la moelle occupées par les mêmes éléments nerveux (Vulpian) ; dans le second cas, au contraire, la lésion se propage irrégulièrement de proche en proche, envahissant indifféremment les diverses parties de la moelle. De là, une première division des myélites en *myélites parenchymateuses* ou *systématiques* et *myélites diffuses*.

La première classe comprend :

A. Les inflammations de la substance grise de la moelle ; atrophie musculaire progressive ; paralysie infantile.

B. Les inflammations de la substance blanche, subdivisées elles-mêmes en :

Myélites des cordons postérieurs.	primitives (ataxie locomotrice progressive).	
	secondaires (dégénération ascendante, myélites partielles).	
Myélites des cordons antéro-latéraux.	primitives (faits de Charcot).	
	secondaires (dégénération descendante).	

La seconde classe des myélites comprend :

©BIUM

A. La sclérose en plaques disséminées de Charcot et Vulpian.

B. Les scléroses généralisées.

C. Les scléroses périphériques (myélo-méningites).

D. Les scléroses périépendymaires (centrales).

Ces trois dernières peuvent intéresser l'organe dans toute sa hauteur ou n'en occuper qu'une partie plus ou moins étendue. C'est à la subdivision des myélites généralisées que se rattache la lésion spinale de la paralysie générale, bien décrite par Magnan, Hayem et Westphall.

Laissant de côté la sclérose en plaques qui constitue une espèce morbide bien connue aujourd'hui, M. Hallopeau ne s'occupe dans son travail que des autres formes de sclérose diffuse, qui présentent des caractères communs assez tranchés pour être réunis dans une description commune au triple point de vue anatomique, étiologique et symptomatique.

Etiologie. On constate assez souvent chez les ascendants des affections graves des centres nerveux.

Age adulte. — Pas d'influence sensible du sexe.

Comme causes occasionnelles : refroidissement subit, froid humide, fatigue extrême, excès alcooliques, syphilis, ou bien : tumeurs, traumatisme, caries vertébrales, phlegmasies méningées et enfin scléroses parenchymateuses.

Anatomie pathologique. La myélite diffuse est presque toujours partielle au début ; elle peut, d'ailleurs, dans la portion affectée, porter simultanément sur toutes les parties de la trame interstitielle ou intéresser plus spécialement les méninges et la couche sous-jacente ou le tissu connectif central. Quoi qu'il en soit, les lésions se développent, suivant le mécanisme des dégénérations secondaires, au dessus du segment affecté, dans les cordons postérieurs, au-dessous, dans les faisceaux antéro-latéraux, en même temps que le travail inflammatoire s'étend de proche en proche dans la névroglie. Il peut, d'ailleurs, se former un second foyer d'où l'irritation tend également à s'irradier dans les parties restées indemnes. On trouve alors simultanément à l'autopsie, des altérations plus ou moins avancées.

Cette partie du travail de M. Hallopeau n'étant guère susceptible d'analyse, je m'en tiendrai sur ce point à ces quelques considérations.

Symptomatologie. L'étendue des altérations n'étant pas la même dans tous les cas, on devait s'attendre à ce que les trou-

©BIUM

bles fonctionnels fussent essentiellement variables. Voici ceux qu'on observe dans la myélite diffuse généralisée prise comme type.

Souvent la maladie débute par des douleurs ou des phénomènes paralytiques. Les douleurs siégent à la région dorsale, ordinairement dans un point limité, d'où elles s'irradient dans les membres et dans les parois thoraciques. Habituellement continues, elles présentent des exacerbations plus ou moins fréquentes, et s'accompagnent quelquefois de crampes et de contractures périphériques et, à la période ultime de la maladie, de mouvements involontaires.

Ces douleurs précèdent le plus souvent les troubles de la motilité; d'autres fois, les deux ordres de symptômes apparaissent simultanément; il n'est pas rare, enfin, que les phénomènes douloureux manquent complétement.

Il est rare qu'il y ait au début de la réaction fébrile et même des tremblements et des frissons.

Dès la première période, la maladie offre une irrégularité remarquable dans son évolution; elle présente souvent des alternatives d'amélioration et d'aggravation et elle peut n'être définitivement constituée qu'après plusieurs guérisons apparentes. Les désordres de l'innervation deviennent alors permanents et il s'y ajoute le plus souvent des troubles nutritifs qui portent particulièrement sur les muscles paralysés.

Les troubles de la motilité consistent surtout en des paralysies disséminées des muscles périphériques, auxquelles se joignent souvent des contractures, des mouvements involontaires liés à l'exagération du pouvoir excito-moteur, et un affaiblissement de la contracture électro-musculaire.

La paralysie débute parfois par les extrémités supérieures, mais le plus souvent par les inférieures : tantôt elle porte à la fois sur les deux membres, tantôt elle frappe isolément un groupe de muscles et s'étend ensuite progressivement. Rarement la paralysie s'étend aux muscles du tronc et plus rarement encore à ceux de la face.

La contractilité électro-musculaire est presque toujours affaiblie ou abolie, dans une partie des muscles atteints, peu après le début de la paralysie ; et cela, souvent, sans que les muscles aient subi aucune diminution.

L'atrophie musculaire est un fait à peu près constant dans la myélite diffuse généralisée. Elle apparaît à une période variable de la maladie, souvent assez tard. Il est très-rare,

©BIUM

d'ailleurs, qu'elle porte simultanément sur tous les muscles d'un membre ; il n'y en a même habituellement qu'un petit nombre d'atteints.

Les phénomènes ataxiques sont exceptionnels dans la myélite diffuse idiopathique.

On peut observer dans cette affection tous les accidents auxquels donne lieu l'exagération du pouvoir excito-moteur de la moelle : augmentation d'énergie des mouvements réflexes, mouvements involontaires et même convulsifs dans les muscles paralysés.

Le tremblement est assez rare.

Les contractures apparaissent parfois dès le début de la maadie ; elles sont généralement alors étendues à la totalité d'un membre. Plus souvent elles se produisent tardivement et peuvent être limitées à un petit nombre de muscles.

Les troubles de la sensibilité sont presque constants et se présentent sous diverses formes. Les douleurs rachidiennes se font souvent sentir avec une persistance remarquable dans la région qui répond au segment primitivement affecté, et elles s'irradient suivant le trajet des nerfs qui en émanent.

L'apparition de douleurs vives dans une région qui jusque-là en avait été exempte, indique généralement que la partie correspondante de la moelle vient d'être envahie par l'inflammation. On peut d'ailleurs y distinguer deux éléments, l'un continu, qui siége dans une partie plus ou moins étendue de la colonne vertébrale, l'autre paroxystique, parfois extrêmement violent, qui part du rachis pour s'étendre dans les membres, en suivant le trajet des nerfs.

L'anesthésie occupe de préférence les extrémités des parties paralysées ; elle est souvent limitée à une partie d'un membre. Rarement les diverses espèces de sensibilité sont abolies.

Dans certains cas, malheureusement fort rares, les progrès de l'affection organique s'arrêtent définitivement ; les lésions fonctionnelles persistent, mais cessent de s'aggraver.

La myélite diffuse généralisée dure ordinairement plusieurs années ; mais parfois les accidents se succèdent avec une grande rapidité et déterminent la mort en quelques mois.

Quand la myélite reste limitée à la périphérie du canal épendymaire et aux parties voisines de la substance grise — *myélite centrale* — la maladie offre une analogie frappante avec l'atrophie musculaire progressive et s'en distingue surtout par le mode de succession des symptômes, la myélite diffuse dé-

©BIUM

butant par des paralysies musculaires sans atrophie, tandis que dans l'atrophie musculaire, la paralysie n'est que la conséquence de la disparition des éléments musculaires.

La *myélite périphérique*, beaucoup plus rare que la précédente, se distingue surtout par l'absence d'atrophies musculaires.

Les symptômes de la myélite diffuse viennent parfois compliquer ceux de l'ataxie locomotrice. C'est qu'alors la lésion s'est étendue des cordons postérieurs aux cordons antéro-latéraux ou à la partie antérieure de la substance grise.

Dans la paralysie générale des aliénés, les symptômes liés à la myélite diffuse sont d'une appréciation difficile quand les lésions ont atteint un haut degré de développement. Au début, les malades accusent parfois de véritables douleurs fulgurantes; mais plus tard, les désordres intellectuels ne permettent plus de constater quel est l'état de la sensibilité. Les troubles de la motilité offrent généralement un caractère de complexité qu'ils doivent à l'intervention simultanée dans leur production, de l'encéphale et de la moelle.

Nous ne suivrons pas M. Hallopeau dans les détails relatifs au diagnostic différentiel et au traitement des myélites diffuses; cet exposé nous entraînerait trop loin, nous n'avions d'ailleurs d'autre prétention que de donner à nos lecteurs une idée à peu près exacte de ce que l'auteur entend par myélite chronique diffuse; ceux qui voudront connaître plus complétement cette maladie, devront l'étudier dans le mémoire d'ailleurs très-intéressant de l'auteur.

4° *De l'aphasie;* par le Dr Adrien Proust (février, mars et juin 1872).

Voici comment l'auteur formule en terminant les points qui lui paraissent définitivement acquis :

Nous avons vu que si la localisation dans la troisième circonvolution ne peut être toujours et absolument affirmée, cependant au point de vue clinique, on peut tirer de l'observation du symptôme aphasie des indications précieuses quant au siége et à la nature de la lésion qui l'engendre. Presque toujours, en effet, comme je l'ai dit, le symptôme aphasie indique un ramollissement du lobe cérébral antérieur, et plus particulièrement de la troisième circonvolution frontale gauche; ce ramollissement est l'effet d'une obstruction habituellement embolique.

©BIUM

On a fait à tort de l'aphasie un état complexe comprenant des troubles du langage, des troubles moteurs, paralytiques, etc.

L'aphasie n'est pas une maladie, c'est un symptôme, symptôme qui consiste en un trouble partiel de la faculté d'exprimer ses idées. Elle s'accompagne ordinairement d'hémiplégie droite.

L'aphasique a perdu l'usage de la parole, de l'écriture, de la lecture; en un mot, chez lui, le langage artificiel est ou altéré, ou aboli.

L'aphasique a conservé l'intégrité de la pensée et du langage d'action.

L'aphasie se distingue de *l'amnésie verbale.*

On ne doit pas confondre l'aphasie avec l'*alogie*, altération de la parole par perte de l'intelligence.

Enfin l'aphasie se sépare également de l'*alalie mécanique*, ou perte de la parole par altération des organes moteurs périphériques.

Archives de médecine navale.

1° *Les maladies cérébrales dans les Indes Orientales;* par le Dr Van Leent (juillet et oct. 1870; avril, oct. et nov. 1871; janv. et février 1872.)

Nous relevons les quelques notes suivantes dans le long et consciencieux travail du Dr Van Leent sur la géographie médicale des possessions néerlandaises des Indes Orientales. (Voy. *Annales médico-psych.* 1871, t. V, p. 248.)

Ile de Timor. L'auteur ne dit rien des maladies cérébrales.

Ile de Rotti. « On n'y connaît pas les maladies mentales. »

Iles des Célèbes. Il n'est rien dit des maladies de l'encéphale.

Ile de Soembawa. Les habitants appartiennent à la race battak. Au Fort de Bima, la ville principale, on observe souvent le *tabes dorsalis* parmi les soldats javanais, qui y abusent de l'opium et du vin de palmier. Le Dr Letzer a observé à Bima une épidémie de tétanos rhumatismal ou plus exactement de fièvre pernicieuse tétaniforme.

Ile de Bornéo. Les indigènes appartiennent à la race battak; on les comprend sous le nom collectif de Dajak's. Plus intelligents que les indigènes des îles voisines, ils sont en général sobres, mais dans ces fêtes, ils s'oublient quelquefois dans l'ivresse de l'opium ou de l'alcool.

Quelques tribus seraient encore anthropophages. Le Dr Van

©BIUM

Leent ne dit rien des maladies de l'encéphale. Il paraî donc au moins probable qu'elles y sont fort rares.

2° *Cas de fracture de la région temporale gauche du crâne; guérison; persistance de l'aphasie*; par M. le Dr A. Fournier (novembre 1871).

Cette observation très-curieuse d'aphasie traumatique vient confirmer la doctrine de Broca sur la localisation de la faculté du langage avec autant de précision et de netteté qu'une expérience physiologique.

3° *Station navale du Brésil et de la Plata*; par M. le Dr Bourel-Roncière (janvier à nov. 1872).

Cet important travail contient quelques documents qui peuvent intéresser les lecteurs des *Annales*.

Nous y trouvons d'abord une très-bonne étude sur l'asile des aliénés de Rio-de-Janeiro, à laquelle nous aurions fait de nombreux emprunts si cet établissement n'avait été récemment, dans les annales (1875, t. XIII, p. 75), l'objet d'une excellente notice due à M. Rey.

Dans une autre partie du mémoire de M. Bourel, nous relevons les documents suivants relatifs aux décès, à Rio-de-Janeiro, par maladies de l'appareil cérébro-spinal, en dehors des convulsions de l'enfance :

Années.	Mortalité en général.	Mortalité par maladies du système nerveux.	proportion pour cent.
1864	8159	854	10.4
1865	9600	632	6.5
1866	8735	565	6.4
1867	9030	1180	13.0
1868	8414	1188	14.1
		Moyenne générale.....	10.08

Les maladies principales sur lesquelles roulent ces chiffres sont : l'apoplexie et les congestions cérébrales, les paralysies, le ramollissement cérébral, l'épilepsie, la myélite, la méningite, la méningo-encéphalite, etc.

Revue médicale.

1° *Etude clinique sur les symptômes cérébraux du rhumatisme*; par M. le Dr Desguin (1870, t. II, p. 39, 71 et 104).

M. Desguin admet pour la description cinq formes princi-

©BIUM

pales sous lesquelles peuvent se présenter les phénomènes cérébraux du rhumatisme : 1° céphalalgique; 2° vertigineuse; 3° délirante; 4° méningitique; 5° apoplectique.

La *céphalalgie rhumatismale* présente comme caractères : douleurs mobiles et profondes dans divers points du crâne, mais surtout au niveau du trou occipital et aux bosses frontales; la pression ne les modifie en rien; roideur des muscles de la nuque; mouvements de la tête et de latéralité des yeux douloureux; aggravation produite par le froid et l'humidité de l'air; exacerbation le soir; absence de fièvre; intégrité des fonctions digestives, du moins au commencement.

Le *vertige rhumatismal* se reconnaît aux symptômes suivants : douleurs localisées à la nuque, quelquefois dans les tempes et déterminées, surtout à la nuque, par les mouvements de la tête, principalement de l'extension du cou; dans les tempes, par le mouvement de latéralité des yeux; vertiges, diminuant par le repos de la tête, augmentant considérablement par le mouvement. Absence de fièvre, peu de céphalalgie, mais dépression morale, hébétude, quelquefois perte de la mémoire. Disparition brusque de tous ces accidents dès que reparaissent les douleurs rhumatismales.

Le *délire rhumatismal*, qu'il ne faut pas confondre avec le délire qu'on observe comme épiphénomène dans le cours d'un rhumatisme aigu par suite de l'intensité de l'affection, ou de toute autre cause, survient dans des rhumatismes de moyenne intensité et coïncide presque toujours avec la disparition ou tout au moins la diminution des fluxions articulaires.

Le délire rhumatismal ne présente pas toujours la forme aiguë. Dans certains cas, il existe à l'état sub-aigu ou passe à l'état chronique et produit les différentes formes d'aliénation mentale.

Le délire rhumatismal débute par un état d'inquiétude sans cause apparente, de la céphalalgie occipitale, coïncidant avec l'atténuation des douleurs articulaires; puis, quelques heures, un jour, deux jours plus tard, pendant la nuit, éclate le délire, très-variable d'ailleurs dans sa forme, gai ou triste, bruyant ou paisible; avec ou sans hallucinations ou conceptions délirantes, moins intense pendant le jour, cessant quand on parle au malade.

Puis l'état s'aggrave, l'œil devient hagard, la physionomie bouleversée, les hallucinations sont continuelles; il y a des soubresauts des tendons, du tremblement, de la carphologie.

©BIUM

Les accidents peuvent s'aggraver ainsi pendant quinze jours en même temps que les fluxions articulaires diminuent ou disparaissent. Puis, dans les cas favorables, ils diminuent progressivement ; tandis que dans les autres, le malade tombe dans le coma et succombe rapidement.

Le *rhumatisme cérébral de forme méningitique* est le mode de manifestation type du rhumatisme cérébral, celui, d'ailleurs, que l'on observe le plus fréquemment. Voici quels en sont les symptômes :

Comme phénomène précurseur fréquent, le malade pousse des soupirs et manifeste de l'inquiétude.

Au début, céphalalgie ordinairement très-vive, accompagnée d'insomnie et siégeant habituellement à la nuque, dont les muscles sont roidis. Délire variable de forme, mais presque toujours très-intense, quelquefois furieux ; convulsions très-violentes. Le jour amène un peu de calme, mais la nuit suivante les mêmes symptômes reparaissent plus intenses.

Pouls petit, serré, fréquent, quelquefois irrégulier; battements du cœur parfois tumultueux.

Pupilles habituellement contractées, d'autres fois immobiles à la lumière.

Le plus souvent (50 fois sur 67), les accidents vont en s'aggravant et le malade succombe dans le coma, ou dans le délire ou par asphyxie.

La *méningite rhumatismale* se distingue de la méningite franche, par l'excrétion d'une plus grande quantité d'urine (Oppolzer , l'absence de vomissements (Bourdon), la diminution ou même la disparition de fluxions articulaires préexistantes, la fréquence de la coïncidence d'affections cardiaques et de symptômes pulmonaires.

Le terme d'*apoplexie rhumatismale* a été appliqué à tous les cas de mort subite dans le cours d'un rhumatisme. Mais dans 22 cas de cette nature, relevés par M. Desguin, 18 étaient liés à une affection du cœur; dans un cas, il y avait hémorrhagie cérébrale, dans un autre, anémie du cerveau, et dans un troisième, embolie des artères cérébrales.

2° *Traitement du delirium tremens;* par M. le D. Delasiauve (1871, t. XI, p. 488).

Notre honorable et distingué confrère rappelle dans cette note que si dans la majorité des cas de delirium tremens l'expectation est le moyen de traitement le plus rationnel, il n'en est

©BIUM

plus de même dans la forme grave de la maladie, qui peut se terminer très-rapidement par la mort, si l'on n'a pas recours à un traitement très-actif. Celui auquel M. Delasiauve donne la préférence consiste dans l'administration de 25 centigr. d'opium.

3° *Cas de folie partielle ; ceux qui en sont atteints sont-ils irresponsables* ? par M. le Dr Barbaste (1872, t. II, p. 557).

Dans cette note écrite à l'occasion de la condamnation à deux mois de prison, bien qu'il eût été reconnu atteint de folie partielle, d'un ancien huissier inculpé de menaces violentes adressées au maire de sa commune, M. Barbaste n'hésite pas à déclarer que l'existence chez un inculpé de cette forme d'aliénation mentale ne lui paraît pas un motif suffisant pour admettre son irresponsabilité. Tout au plus, selon lui, les aliénés de cette catégorie ont ils droit aux bénéfices des circonstances atténuantes.

« En général, dit M. Barbaste, il faut se défier des toqués, des excentriques, des bizarres, des boucaneurs, etc. Ces hommes-là sont mus, le plus souvent, par des impulsions internes dont les effets ne suspendent pas l'exercice de la conscience ni du libre arbitre. Un moyen de les apprécier et de déterminer leur mode pathologique, c'est de savoir si le penchant pervers est héréditaire ou acquis, s'il est de famille, s'il coïncide avec l'existence de quelqu'autre maladie prédisposante ou provocatrice.

» Quand le penchant est *d'initiative vitale*, il y a de graves présomptions pour considérer l'individu comme un scélérat ou un libertin, et pour fixer solidement l'esprit de la jurisprudence à cet égard. »

La question soulevée par M. Barbaste est l'une des plus graves qu'aient à résoudre les médecins-experts. Elle a donné lieu, à plusieurs reprises, à de très-intéressantes discussions, notamment à la Société médico-psychologique, mais elle n'en est pas moins restée sans solution pratique et il nous paraît difficile qu'il en soit autrement dans l'état actuel de la science.

©BIUM

Recueil de Mémoires de médecine et de chirurgie militaires.

1° *De l'aphasie ou dysphasie traumatique ;* par le Dr Antonin Martin (t. XXIV, janvier 1870).

De l'étude consciencieuse et de la comparaison attentive qu'il a faite des observations recueillies par les chirurgiens militaires et notamment D. M. H. Larrey, l'auteur croit pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° Que l'aphasie traumatique est très-fréquente, pour ne pas dire habituelle, à la suite des plaies de la région antérieure et latérale *gauche* de la tête ;

2° Qu'elle ne se montre que très-exceptionnellement à la suite des lésions du lobe cérébral antérieur droit;

3° Que l'aphasie traumatique est le plus habituellement la conséquence de l'amnésie traumatique (perte de la mémoire des mots, des nombres et de certaines combinaisons nécessaires à l'expression mimique ou écrite des signes du langage, de la musique) ;

4° Que la deuxième espèce d'aphasie traumatique admise par van der Kolk, Jaccoud et par nous, est excessivement rare, attendu qu'une lésion subite des corps striés, des corps olivaires, etc., s'accompagne de symptômes complexes graves et rapidement mortels ;

5° La plus grande fréquence de la première espèce d'aphasie s'explique encore par la plus grande fréquence des lésions de ces lobes comparativement aux autres parties du cerveau, les parties antérieures et antéro-latérales du crâne étant plus exposées, par leur situation même, aux violences extérieures et aux agents vulnérants, surtout à la guerre.

2° *Observation d'hémiplégie ; tubercules de la protubérance annulaire ; considérations sur la genèse des tubercules du cerveau et sur le diagnostic des tumeurs du mésencéphale ;* par M. le Dr A. Laveran (t. XXIV, janvier 1870).

Voici comment l'auteur résume lui-même son travail.

« En résumé, les tumeurs du mésencéphale n'ont pas de symptôme pathognomonique. Aussi ont-elles été et seront-elles souvent confondues avec d'autres affections cérébrales et en particulier avec les tumeurs de la base du crâne ; cependant, dans certains cas, elles donnent lieu à un ensemble de symp-

©BIUM

tômes assez caractéristiques pour qu'on puisse soupçonner leur existence : hémiplégie d'un côté du corps coïncidant avec la paralysie du facial ou du moteur oculaire externe du côté opposé; gêne de la déglutition, embarras de la parole sans altération de l'intelligence. Ces tumeurs, comme toutes les tumeurs cérébrales du reste, ont une marche très-variable; elles peuvent présenter dans leur cours, ou même comme première manifestation, des attaques apoplectiformes. »

3° *Des paralysies consécutives aux maladies aiguës* ; par M. le Dr Fabriès (t. XXIV, janvier 1870).

De l'examen des faits éclairés par les découvertes physiologiques les plus récentes, l'auteur conclut avec M. Gubler que toutes les paralysies consécutives aux maladies aiguës, ne forment qu'une seule espèce morbide, quelle que soit l'affection qui lui donne naissance.

Voici d'ailleurs comment les choses se passeraient : un or- organe est enflammé, les extrémités nerveuses qui se distribuent à cet organe sont irritées, et réagissant sur les centres nerveux, déterminent une paralysie réflexe dans une étendue plus ou moins considérable ; cette paralysie est elle-même occasionnée par une anémie de la substance nerveuse, résultant de la contraction des vaisseaux sous l'influence do l'irritation des filets sympathiques.

4° *De l'étiologie du goitre* (t. XXV, juillet 1870).

Depuis une douzaine d'années le Conseil de santé des armées a reçu un certain nombre de communications relatives à l'étiologie du goître spontané et du goître endémo-épidémique; voici les conclusions que la rédaction du *Recueil de mémoires de médecine militaire* a cru pouvoir en tirer :

La cause efficiente du goître est encore à trouver ; parmi les causes présumées, la jeunesse, le non-acclimatement, le séjour dans un pays à goîtres, sont les seules qui paraissent avoir une certaine importance dans la prédisposition au goître épidémique.

5° *Sur un cas de paralysie agitante*; par M. le Dr Villemin (t. XXV, août 1870).

Excellente leçon clinique faite à l'occasion d'une observation très-intéressante, mais qui n'est pas susceptible d'analyse.

6° *Du goître épidémique dans la garnison de Neuf-Brisach en 1869-1870* ; par M. le Dr Muller (t. XXVI, mars 1871).

Comment concevoir, se demande M. Muller, qu'une affection

©BIUM

pour ainsi dire inhérente à la localité, tout en restant dans le *statu quo* pour la population indigène, frappe inopinément une population fraîchement implantée sur le sol, tel qu'un régiment nouvellement arrivé et que, sans qu'on puisse s'en rendre compte, on voie se développer tout à coup le goître sur un grand nombre d'individus à la fois ?

La réponse à cette question est encore à trouver ; parmi toutes les causes qui ont été mises en avant par les auteurs, il n'en est aucune qui ne comporte de nombreuses exceptions.

M. Muller est arrivé sous ce rapport aux mêmes conclusions que ses devanciers.

7° *Plaie pénétrante du crâne ; balle cylindro-conique perdue profondément dans la substance cérébrale ; guérison sans accidents ;* par M. le Dr Mire (t. XXVI, juin 1871).

Tout porte à croire que chez le sujet de cette observation la balle s'est logée dans le lobe moyen, peut-être même dans le lobe postérieur du cerveau ; elle avait traversé l'os frontal, presque sur la ligne médiane, à un centimètre et demi environ au-dessus de la naissance du nez. Le malade entré à l'hôpital le 10 octobre, en est sorti guéri au commencement de février de l'année suivante.

8° *Observations d'acéphalocystes du cerveau ;* par M. le Dr Reeb (t. XXVII, juillet 1871).

9° *De l'apoplexie dans les épanchements de la plèvre ;* par M. le Dr Vallin (t. XXVII, novembre 1771).

L'auteur rapporte deux observations dans lesquelles l'autopsie a révélé l'existence d'un ramollissement du corps strié déterminé par une embolie d'origine cardiaque, liée à l'affection de la plèvre. Sans vouloir rien en conclure, il croit que désormais, dans les cas de ce genre, avant de déclarer qu'il n'existe aucune lésion et que le malade est mort de syncope, il sera utile d'explorer les artères de la base du cerveau.

Journal de l'anatomie et de la physiologie normale et pathologique.

10° *Observation de névrose cataleptiforme simulée ;* par M. le Dr. Walcher (t. XXVII, décembre 1871).

1° *Etude sur l'hydrate de chloral et le trichloracétate de soude ;* par MM. Byasson et Follet (nov. et déc., 1870-1871).

Voici les conclusions que les auteurs ont cru pouvoir tirer de leurs expériences sur les animaux :

©BIUM

1° L'action de l'hydrate de chloral sur des organismes similaires est différente de celle du chloroforme ;

2° Cette action est spéciale à ce corps, mais elle peut être considérée comme la résultante de celle des deux produits dans lesquels il se dédouble au contact du sang, savoir : le chloroforme et l'acide formique ;

3° L'action de l'hydrate de chloral sur l'organisme animal est différente de celle du trichloracétate de soude qui, au contact du sang, produit du chloroforme et de l'acide carbonique principalement.

Dans l'action de l'hydrate de chloral, l'abaissement de température, la diminution dans le nombre des mouvements respiratoires, sont beaucoup plus marqués qu'avec le chloroforme et le trichloracétate de soude. Les expériences montrent généralement qu'en tenant compte de la rapidité et de la durée d'action, l'hydrate de chloral, comme les deux autres corps, agit successivement en premier lieu sur les ganglions du cerveau, en second lieu sur ceux de la moelle épinière, en dernier lieu sur les ganglions du cœur.

L'hydrate de chloral est l'antagoniste de la strychnine et *vice versa*.

L'hydrate de chloral produit des résultats plus ou moins favorables dans presque toutes les affections nerveuses.

Quand il y a des ulcérations ou des plaies sur le trajet du tube digestif, il ne faut l'administrer qu'en lavement ou mieux encore en injection sous-cutanée.

Il est contre-indiqué quand il existe une affection organique des appareils respiratoire ou circulatoire.

Il réussit surtout dans les formes d'aliénation mentale accompagnées d'une grande surexcitation du système nerveux et d'insomnie.

On débute par des doses relativement faibles, telles que 0 gr. 50 chez les enfants et 1 gramme chez les adultes : cette dose peut être renouvelée toutes les demi-heures jusqu'à production du sommeil calme.

Le meilleur moyen d'administrer le chloral à l'intérieur est de le donner en sirop (1 gr. pour 20 gr. de sirop). En lavement, on le donne à la dose de 2 et 4 gr. dissous dans l'eau émulsionnée avec un jaune d'œuf. Pour les injections sous-cutanées, les auteurs conseillent la solution suivante : hydrate de chloral, 10 gr. ; eau, 30 grammes.

Le trichloracétate de soude peut recevoir les mêmes formes

©BIUM

pharmaceutiques que l'hydrate de chloral et être administré, soit aux mêmes doses, soit à des doses un peu plus élevées.

2° *Recherches expérimentales sur les phénomènes consécutifs à l'ablation du cerveau et sur les mouvements de rotation* ; par M. le Dr Onimus (1870-71, n° 6).

Dans les expériences entreprises jusqu'ici sur les fonctions du cerveau, les physiologistes se sont surtout préoccupés des changements apportés dans les manifestations intellectuelles par les lésions ou l'ablation complète des lobes cérébraux ; ils ont prêté moins d'attention aux modifications qui ont pu survenir dans les mouvements.

MM. Vulpian et Foster sont à peu près les seuls qui aient insisté sur la différence des mouvements, selon qu'on laissait subsister telle ou telle partie du système nerveux encéphalique ; M. Onimus s'est proposé dans ce travail de compléter cette étude.

Le mémoire de notre savant confrère n'est pas susceptible d'analyse : il devra être lu par tous ceux qui s'occupent des fonctions de l'encéphale.

Archives de physiologie normale et pathologique.

1° *Recherches sur l'échauffement des nerfs et des centres nerveux à la suite des irritations sensorielles et sensitives* ; par M. Moritz Schiff (1869, nos 1 et 3 ; 1870, nos 1, 2, 3 et 4).

Voici, en ce qui concerne les centres nerveux, quelques-uns des résultats obtenus par M. Schiff et que nous empruntons à son long et consciencieux travail :

Une impression sensible du tronc ou des extrémités produit de la chaleur dans le cerveau par le fait seul de sa transmission au centre nerveux et indépendamment de la circulation.

Les impressions sensibles agissent sur chacun des hémisphères cérébraux d'une manière à peu près égale ; mais elles ont une influence plus marquée sur la partie moyenne des hémisphères, et, si l'on compare la partie interne avec la partie externe, c'est la première qui se montre la plus active au moment d'une excitation sensible du corps.

Les excitations des sens supérieurs se transmettent aux lobes cérébraux et y produisent une augmentation de chaleur aussi bien que les excitations de la sensibilité générale ; il il n'a pas été possible à M. Schiff de déterminer si ce dégagement de chaleur était l'expression de la transmission de

©BIUM

l'excitation vers le centre proprement dit, ou celle d'une action réflexe, d'un acte psychique produit par cette excitation, après son arrivée au point central.

La vie du cerveau ne cesse pas immédiatement avec la cessation de la circulation.

L'activité psychique, indépendamment des impressions sensitives ou sensorielles qui la mettent en jeu, est liée à une production de chaleur dans les centres nerveux, chaleur quantitativement supérieure à celle qu'engendrent les simples impressions des sens.

2° *De l'hémorrhagie cérébrale dans la leucocythémie;* par MM. les Drs Olivier et Ranvier (1870 n° 1).

En réunissant aux six observations publiées dans les recueils scientifiques les deux qui leur sont personnelles, les auteurs ont pu tracer l'histoire clinique de l'hémorrhagie cérébrale d'origine leucocythémique ; voici ses principaux symptômes :

Dans quelques cas, les malades accusent de la céphalalgie pendant un temps plus ou moins long. Plus tard surviennent des étourdissements, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, quelquefois même des lipothymies.

A un degré plus avancé, on observe de l'hébétude et bientôt de la somnolence.

Enfin les malades peuvent tomber dans un coma de plus en plus profond qui se termine toujours par la mort.

A ces trois périodes successives correspondent trois degrés de l'altération du cerveau : l'accumulation des globules blancs qui amène l'anémie ; la dilatation des capillaires qui détermine la compression de la pulpe cérébrale ; et enfin des hémorrhagies qui détruisent des portions plus ou moins étendues du cerveau.

L'hémorrhagie peut d'ailleurs être tantôt arachnoïdienne, tantôt sous méningée, tantôt intra-cérébrale, et alors elle peut occuper les siéges les plus divers, même les ventricules latéraux.

3° *Remarques sur l'épilepsie causée par la section du nerf sciatique chez les cobayes ;* par M. le Dr Brown-Sequard (1870, n° 1).

Ce travail est le complément de celui que nous avons publié en 1871 (Voy. *Annales méd. psych.*, t. 5, p. 87).

Voici les résultats auxquels l'auteur a été conduit par ses nouvelles recherches :

©BIUM

A. Le temps qui s'écoule entre le moment de la section du nerf sciatique et celui où l'on peut provoquer une attaque complète d'épilepsie, varie du 6e au 7e jour après l'opération.

B. L'épilepsie ne survient pas constamment après la section du nerf sciatique. Quelques animaux échappent à l'apparition de la maladie. Dans les trois cas observés par M. Brown-Séquard, il y avait eu une réunion rapide des bouts du nerf coupé et c'est sans doute à cette réunion qu'étaient dû l'arrêt du développement de l'épilepsie et la disparition complète des symptômes qui s'étaient montrés.

C. Il n'est pas nécessaire de couper le nerf sciatique pour produire dans ce nerf une irritation capable de causer l'épilepsie. Elle a été déterminée dans un cas par une simple irritation par compression du nerf sciatique entre les mors d'une pince ; dans un autre, par une fracture du fémur dont les fragments avaient irrité le nerf sciatique. Dans ces deux cas, du reste, les manifestations morbides avaient disparu avec les causes qui les avaient produites.

D. La transmission de l'irritation épileptogène se fait par des conducteurs distincts de ceux qui servent aux impressions sensitives et qui passent par le côté de la moelle épinière correspondant au côté où le nerf sciatique est coupé.

4° *Sur un cas de tumeurs strumeuses de l'encéphale ;* par M. le Dr Parrot (1870, n° 1).

5° *Note sur un cas de paralysie glosso-laryngée suivi d'autopsie;* par M. le professeur Charcot (1870, n° 1).

Par l'ensemble des symptômes, l'observation de M. Charcot se rattache à la maladie de Duchenne, mais elle en diffère notablement par le côté anatomo-pathologique.

Les cellules nerveuses étaient altérées, non-seulement dans toute la hauteur de la moelle épinière, mais encore dans le bulbe, où elle portait particulièrement sur les noyaux d'origine de l'hypoglosse et du spinal, tandis que dans la moelle elle était limitée aux grandes cellules nerveuses des cornes antérieures (dites motrices).

Cette altération consistait en une atrophie des prolongements cellulaires, du noyau et du nucléole, avec accumulation du pigment jaune qui paraissait y jouer un grand rôle et être le fait initial. M. Charcot croit pouvoir affirmer que le

©BIUM

processus morbide avait affecté primitivement la cellule, et que les nerfs périphériques n'avaient été atteints que secondairement.

Quant aux lésions trophiques que présentait le système musculaire de la vie de relation, au lieu d'être concentrées sur un muscle ou un groupe de muscles, elles étaient disséminées un peu partout, et l'on trouvait toujours, dans les régions les plus variées, des fibres malades entremêlées parmi des faisceaux parfaitement sains. Il y avait donc une corrélation exacte entre les lésions diffuses de la moelle et du bulbe et les lésions trophiques du système musculaire ; M. Charcot croit d'ailleurs que ces dernières avaient procédé, par la voie des nerfs bulbaires et rachidiens, de la lésion des centres nerveux.

6° *Des relations qui existent entre la cessation de l'état morbide épiloptogène, à la face et au cou, et le retour de la sensibilité à la patte, chez les Cobayes ayant été soumis à la section du nerf sciatique* ; par M. le Dr Brown-Sequard (1870, n° 2).

Voici les résultats nouveaux obtenus par M. Brown-Séquard :

Des Cobayes, devenus épileptiques à la suite de la section du nerf sciatique, peuvent, sans traitement, perdre complétement la faculté d'avoir, sous l'influence d'irritations de la zone épileptogène, des attaques complètes ou partielles d'épilepsie, ou même des mouvements convulsifs réflexes du côté correspondant. On constate, dans ce cas, que la sensibilité, dans les parties animées par le nerf sciatique, est revenue à un degré très-notable.

La sensibilité peut revenir dans les parties anesthésiées par la section du nerf sciatique sans que la guérison de l'épilepsie ait lieu ; mais cette guérison ne se produit d'une manière spontanée que lorsque la sensibilité a repris à peu près complétement son degré normal dans le membre soumis à cette opération.

7° *Note sur une lésion de la substance grise de la moelle épinière observée dans un cas d'arthropathie liée à l'ataxie locomotrice progressive* ; par MM. Charcot et Joffroy (1870, n° 2).

Dans cette observation, en dehors de la sclérose des cordons postérieurs, lésion caractéristique de l'ataxie locomotrice, on trouva à l'autopsie une altération portant exclusivement sur

©BIUM

la corne antérieure du côté gauche, qui était manifestement déformée et atrophiée, ou plus exactement rétrécie sur tous les points, et d'un tiers environ, suivant son diamètre antéro-postérieur, tandis que son diamètre transverse avait subi une élongation notable. En outre, on constata qu'elle avait éprouvé un mouvement qui l'avait rejetée de dedans en dehors et d'avant en arrière et qu'un bon nombre des grandes cellules nerveuses faisaient défaut dans l'axe de cette corne, notamment dans le groupe cellulaire postérieur externe.

Cette lésion existait dans toute l'étendue du renflement cervical ; elle allait en s'atténuant vers le bulbe et disparaissait à la partie supérieure de la région dorsale.

Nous devons ajouter que l'arthropathie siégeait dans l'épaule gauche et comme la lésion décrite ci-dessus se trouvait en un point de la moelle où l'on peut supposer que prennent leur origine les tubes nerveux qui se distribuent à la jointure affectée, il est au moins probable qu'il y a entre ces deux faits autre chose qu'un simple rapport fortuit.

Il semble d'ailleurs, d'après la marche des accidents et le caractère de la lésion spinale, que cette lésion a été primitive et non pas le résultat de l'inertie fonctionnelle du membre souffrant.

8° *Cas de lésion probable de la moitié latérale droite de la moelle épinière dans la région cervicale inférieure ayant produit de l'anesthésie d'un côté et de la paralysie de l'autre*; par M. le Dr. E. C. Séguin (1870, n° 2).

9° *Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la méningite cérébro-spinale tuberculeuse ;* par M. le D. Henri Liouville (1870, n° 4).

Lorsque l'on prend soin dans les autopsies des méningites tuberculeuses d'examiner l'appareil encéphalo-rachidien dans toute son étendue, on ne tarde pas à se convaincre que la lésion n'est pas toujours localisée aux enveloppes cérébrales et que presque toujours il y a un retentissement de même nature et de même aspect sur la moelle ; le plus souvent, d'ailleurs, la lésion est beaucoup plus prononcée soit du côté des enveloppes du cerveau, soit du côté de la moelle.

Tel est le résultat obtenu par M. Liouville de l'examen des nombreuses pièces anatomiques qu'il a eues à sa disposition.

©BIUM

10° De *l'atrophie aiguë et chronique des cellules nerveuses de la moelle et du bulbe rachidien à propos d'une observation de paralysie glosso-labio-laryngée;* par MM. Duchenne, de Boulogne et Joffroy (1870 n° 4).

Il paraît établi aujourd'hui que l'atrophie musculaire progressive, la paralysie labio-laryngée et la paralysie atrophique infantile, non-seulement tiennent à des lésions de la moelle et du bulbe, mais que ces lésions sont reliées par un caractère commun et fondamental : *l'altération des cellules nerveuses conduisant à leur atrophie, avec tendance à leur disparition.*

Tantôt, d'ailleurs, cette altération se produit d'une manière aiguë, comme dans la paralysie atrophique de l'enfance ; tantôt elle affecte une marche chronique, comme dans l'atrophie musculaire de l'adulte et la paralysie labio-glosso-laryngée. Dans la forme aiguë, on ne voit jamais intervenir l'hérédité ; dans la forme chronique, au contraire, à côté des cas dans lesquels la maladie a été spontanée, on en trouve d'autres manifestement héréditaires.

Dans l'atrophie aiguë des cellules nerveuses, on doit distinguer deux variétés, l'une très-commune, propre à l'enfant, l'autre beaucoup plus rare, propre à l'adulte.

L'atrophie chronique, au contraire, très-rare chez l'enfant, est très-commune à l'âge adulte ; elle affecte d'ailleurs plusieurs formes cliniques.

1° Dans la forme atrophique, on peut placer les cas dans lesquels la lésion, débutant par la moelle, donne lieu, en général, à de l'atrophie musculaire, la paralysie ne jouant ici qu'un rôle très-effacé ou même nul.

2° Dans la forme paralytique, on peut placer le cas dans lequel la lésion, débutant en général par le bulbe, donne lieu à de la paralysie sans atrophie musculaire, le muscle conservant entièrement sa contractilité électrique.

3° Dans la forme mixte, se rangent les cas ou les deux ordres de symptômes, atrophie et paralysie, se montrent sur le même sujet, soit dès le début, soit dans le cours de la maladie.

11° *Faits nouveaux concernant la physiologie de l'épilepsie ;* par M. le Dr Brown-Séquard (1870, n° 4).

De faits nouvellement observés par M. Brown-Séquard, il résulte : 1° que certaines parties de l'encéphale, en avant de la

©BIUM

protubérance, peuvent, chez les cobayes, faire apparaître l'épilepsie beaucoup plus tôt qu'elle ne se montre après la section de la moelle dorsale et du nerf sciatique; 2° que la zone épileptogène, au lieu d'exister du côté correspondant à la lésion comme dans ces derniers cas, existe du côté opposé quand la lésion est en avant de la protubérance.

M. Brown-Séquard a également découvert que l'irritation de la zone épileptogène peut, suivant son intensité et son espèce, déterminer la mise en jeu de la faculté spéciale que possède cette zone ou, au contraire, faire disparaître cette faculté.

Dans un cas, la zone épileptogène ordinaire existait comme après la section du nerf sciatique, bien que la lésion consistât en une section transversale de l'un des cordons postérieurs, entre la première et la seconde paire de nerfs, à la région cervicale.

12° *Sur les altérations de la substance grise de la moelle épinière dans l'ataxie locomotrice, considérées dans leur rapport avec l'atrophie musculaire qui complique quelquefois cette affection*; par M. A. Pierret (1870, n° 6).

M. Pierret s'est proposé dans cette note d'étudier les altérations de la substance grise de la moelle, qui, dans l'ataxie locomotrice progressive, se surajoutent quelquefois à la lésion scléreuse des faisceaux postérieurs, et de rattacher à ces altérations les troubles trophiques qui peuvent, dans l'ataxie, se manifester sur les parties périphériques.

Voici très-sommairement esquissées les principales considérations exposés par M. Pierret.

L'atrophie musculaire progressive n'est pas un accompagnement rare de la myélite scléreuse postérieure.

Des rapports intimes rattachent l'une à l'autre ces deux affections.

L'atrophie musculaire des ataxiques ne présente pas le mode régulier d'envahissement non plus que la marche pour ainsi dire fatalement progressive propre à l'atrophie musculaire primitive.

L'amyotrophie symptomatique, lorsqu'elle complique la sclérose postérieure, reconnaît pour cause l'extension de la lésion des faisceaux blancs aux cornes antérieures de la substance grise.

Les lésions de la substance grise de la moelle et celles des

©BIUM

muscles paraissent progresser parallèlement et pour ainsi dire du même pas.

13° *Sur la tuméfaction des cellules nerveuses motrices et des cylindres d'axe des tubes nerveux dans certains cas de myélite* ; par M. le professeur Charcot (1871-72, n° 1).

Le Dr Frommann, dans un cas de myélo-méningite subaiguë, a signalé la tuméfaction, sur certains points, des cylindres d'axe des tubes nerveux de la substance blanche; M. Charcot, dans trois cas de lésion irritative de la moelle, relatés dans la note que nous analysons, a rencontré cette même tuméfaction des cylindres d'axe; il a observé de plus, dans l'un de ces cas, une tuméfaction des cellules nerveuses des cornes antérieures, lésion non encore signalée.

Cette tuméfaction des cylindres d'axe et peut-être aussi celle des cellules nerveuses paraissent être, avec quelques variantes, communes aux formes aiguës, subaiguës et chroniques primitives de l'inflammation de la moelle. Il serait même possible, d'après les détails consignés dans les observations de M. Charcot, que la tuméfaction des cylindres d'axe fût, dans certains cas, la première expression anatomique de la myélite.

Ce processus morbide, d'ailleurs, s'il n'est pas entravé, peut aboutir à la désagrégation et finalement à la destruction complète du cylindre axile et il est probable que la tuméfaction des cellules nerveuses se termine également par l'atrophie de ces organes.

14° *Trois cas de paralysie agitante suivie d'autopsie* ; par M. A. Joffroy (1871-72, n° 1).

Si l'histoire clinique de la paralysie agitante ne laisse pas aujourd'hui beaucoup à désirer, il n'en est pas de même de l'anatomie pathologique de la maladie; c'est pour en éclairer l'étude que M. Joffroy publie trois cas nouveaux, recueillis dans le service de M. Charcot; voici ses conclusions :

1° Dans les trois cas la moelle présentait les caractères de la sénilité;

2° Il n'y avait aucune autre altération de la moelle;

3° Les lésions constatées dans les trois cas, aussi bien d'ailleurs que celles décrites par les auteurs, dans le bulbe ou la protubérance, étaient accidentelles ou secondaires;

4° Il n'est nullement démontré que le siége anatomique de

©BIUM

la paralysie agitante soit dans le bulbe et la protubérance; il est probable, au contraire, qu'il se trouve dans la moelle épinière.

15° *Quelques faits nouveaux relatifs à l'épilepsie qu'on observe à la suite de diverses lésions du système nerveux, chez les cobayes;* par M. Brown-Séquard (1871-72, n° 1).

Chez les jeunes cobayes, nés de parents ayant une patte altérée après la section du nerf sciatique, et ayant eux-mêmes, par hérédité, une altération d'une ou deux des pattes postérieures, M. Brown-Séquard a vu apparaître, quelque temps après la naissance, les premiers symptômes de l'épilepsie et cette affection a été chez eux de tous points semblable à celle du parent épileptique.

Dans un cas, la zone épileptogène existait à gauche aussi bien qu'à droite, bien que la section ne portât que sur le nerf sciatique droit; et au lieu d'être limitée à la face, au cou et à l'épaule, elle s'étendait le long des gouttières vertébrales jusqu'à la dernière vertèbre dorsale.

Une fois seulement sur 130 cas de section du nerf sciatique, chez des cobayes, l'animal n'avait pas encore eu les premiers symptômes de l'épilepsie plusieurs mois après l'opération. Le climat des Etat-Unis semble être une cause de retard dans l'apparition de l'épilepsie après la section du nerf sciatique.

Un coup violent sur la tête d'un cobaye peut lui donner immédiatement un accès d'épilepsie, ce que M. Brown-Séquard attribue à la commotion de l'extrémité supérieure de la moelle, au voisinage du bulbe, point de l'axe nerveux spinal qui lui paraît être le véritable foyer central de l'épilepsie, chez les cobayes.

16° *Note sur un moyen de produire l'arrêt d'attaques d'épilepsie et des convulsions causées par la strychnine et les pertes de sang;* par M. Brown-Séquard (1872, n° 2).

L'attaque d'épilepsie produite, chez les cobayes, par l'irritation de la zone épileptogène, s'arrête immédiatement dans l'immense majorité des cas, et presque immédiatement dans les autres, sous l'influence de l'irritation de la muqueuse du larynx par un courant d'acide carbonique. Il en est de même des convulsions dues soit à la strychnine, soit à la section des gros vaisseaux du cou.

L'acide carbonique qui est un agent excitateur de co nvu

©BIUM

sions lorsqu'il agit sur les centres nerveux, est donc un agent arrestateur des convulsions lorsqu'il agit sur certaines muqueuses.

16° *Note sur l'état anatomique des muscles et de la moelle épinière dans un cas de paralysie pseudo-hypertrophique;* par M. J.-M. Charcot (1872, n° 2).

Les pièces anatomiques examinées par M. Charcot provenaient d'un sujet atteint de paralysie pseudo-hypertrophique qui avait succombé à une maladie intercurrente. Voici les altérations qui ont été constatées :

Muscles : Quelques-uns des muscles présentaient les altérations des premières phases du processus morbide ; d'autres celles des phases ultimes.

Les premiers ont un aspect à peu près normal, mais sont un peu plus consistants. Au microscope, on constate que les minces lamelles du tissu conjonctif sont remplacées par d'épaisses travées constituées également par du tissu conjonctif de formation récente et dans lequel les noyaux embryoplastiques et les cellules fusiformes entremêlées avec les fibres lamineuses sont d'autant plus rares que l'altération est plus avancée.

Les seconds présentent à la coupe, avec une coloration jaunâtre, l'aspect et la consistance d'une masse lardacée ; au microscope, on aperçoit des vésicules adipeuses interposées entre les fibrilles du tissu conjonctif. La proportion de ces cellules adipeuses est d'ailleurs d'autant plus forte que l'altération est plus prononcée.

Moelle épinière. Aucune lésion n'a été trouvée par M. Charcot. Ce résultat négatif rapproché de celui obtenu par Cohnheim dans un cas de même nature, porte à croire que la paralysie pseudo-hypertrophique est indépendante de toute lésion appréciable de la moelle épinière ou des racines nerveuses.

17° *Note sur la sclérose des cordons postérieurs dans l'ataxie locomotrice progressive;* par M. Pierret (1872, n° 3).

M. Pierret s'est proposé surtout dans cette note, de bien déterminer, à l'aide de faits cliniques et anatomiques observés dans le service de M. Charcot, les caractères distinctifs de la sclérose fasciculée des cordons postérieurs, qui d'après lui constitue la lésion anatomique constante de l'ataxie locomotrice progressive et des dégénérations secondaires ascendan-

©BIUM

tes ; voici les données générales qui ressortent de son travail.

La lésion anatomique de l'ataxie locomotrice progressive prend toujours naissance dans les rubans externes des cordons postérieurs, d'où elle tend à se propager en dedans vers le cordon médian, en dehors, vers la corne postérieure.

Si le cordon médian est altéré, ce qui n'est nullement nécessaire, le tableau symptomatique n'est pas sensiblement modifié, tandis que le mouvement d'extension du processus sclérotique vers la corne postérieure détermine l'apparition de nouveaux symptômes.

A la suite de ce mouvement de dedans en dehors, la racine postérieure correspondante s'altère dans sa partie la plus interne. Si la sclérose se développe encore, les cornes postérieures sont envahies et les faisceaux radiculaires directs s'altèrent dans la même mesure.

Un pas encore et les faisceaux radiculaires externes, les faisceaux propres des cordons latéraux sont attaqués à leur tour.

Le processus morbide marche avec une régularité parfaite. Là où s'arrêtent les lésions, là aussi s'arrêtent les symptômes; les deux phénomènes sont étroitement liés.

A cette allure si régulière dans le développement des lésions anatomiques, correspond, d'après M. Pierret, un ordre immuable dans l'apparition des symptômes.

Tout d'abord, fourmillements, engourdissements, légère maladresse, puis douleurs fulgurantes ; plus tard, troubles de la sensibilité, inconsciente d'abord, consciente ensuite ; hyperesthésie, anesthésie, incoordination motrice. Enfin, surviennent des crampes et des soubresauts dans les membres ; puis une parésie croissante qui se termine par une paralysie à peu près complète, quelquefois accompagnée de roideur.

M. Pierret n'hésite pas attribuer à l'insuffisance des observations l'opinion généralement répandue que l'ataxie locomotrice progressive est une maladie bizarre et capricieuse dans ses allures, qui se plaît à intervertir l'ordre de ses manifestations.

17° *Sclérose symétrique des cordons latéraux de la moelle et des pyramides antérieures dans le bulbe. Atrophie des cellules des cornes antérieures de la moelle. Atrophie musculaire progressive. Paralysie glosso-laryngée ;* par M. Gombault (1872, n° 4).

Observation intéressante dans laquelle la sclérose des cordons latéraux paraît avoir précédé l'altération des cellules des cornes antérieures ; ce qui permet de la rattacher au type créé

©BIUM

par M. Charcot sous le nom de sclérose primitive des cordons latéraux. Voici d'ailleurs, d'après M. Gombault, comment le processus morbide s'étendrait des cordons latéraux aux cornes antérieures.

L'irritation se transmettrait par l'intermédiaire des tubes nerveux aux cellules des cornes antérieures et celles-ci une fois irritées, agiraient à leur tour, sur le tissu interstitiel.

19° *Note sur un cas d'atrophie périphérique du cervelet avec lésion concomitante des olives bulbaires;* par M. Pierret (1872, n° 6).

Ce cas exposé sans commentaires, est un bel exemple d'atrophie périphérique du cervelet avec atrophie concomitante des deux olives bulbaires et intégrité absolue des deux corps rhomboïdaux. L. LUNIER.

JOURNAUX ALLEMANDS

Psychiatrisches centralblatt.

(*Feuille centrale de Psychiatrie*) *rédigée par Leidesdorf, à Vienne.*
Années 1872 et 1873.

1° *Contribution à la théorie du sommeil;* par Obersteiner, jeune.

Le besoin de repos, c'est-à-dire de sommeil, se produit dans le cerveau par le même mécanisme que la fatigue se produit dans les muscles. Les deux phénomènes sont dus à l'accumulation des produits de désassimilation, résultats des échanges nutritifs, et vraisemblablement aussi, à celle de certains acides. La somme des produits d'oxydation ainsi laissés en arrière, et qui poussent au sommeil, dépend de deux circonstances : la quantité de leur production, et la rapidité avec laquelle ils sont exportés du cerveau par le courant circulatoire. Le premier point est en proportion directe de l'activité relative du cerveau. Quant au second point, il varie suivant l'état d'excitation ou de dépression des échanges nutritifs dans le cerveau, et suivant la composition chimique du sang. Il faut en outre, pour que le sommeil se produise, que l'on soit, aussi complétement que possible, soustrait, d'une part à l'influence de toutes les impressions extérieures, d'autre part à celle de toutes les images qui, en se présentant devant notre conscience, peuvent s'emparer de notre attention. Ce n'est qu'autant que cet état d'isolement subsiste que le sommeil se prolonge.

De plus, pendant le sommeil, le pouvoir de la volonté sur

©BIUM

l'activité motrice et psychique est suspendu; aussi les manifestations de ces deux sortes d'activité sont-elles purement réflexes, dans toute la force du mot. En effet, la faculté d'arrêt, qui, pendant la veille, règle leur fonctionnement, et lui donne les apparences du libre arbitre, n'existe plus.

2° *Rapport sur un garçon épileptique et aliéné*; par le Dr Grabacher.

Il s'agit d'un garçon, âgé de 12 ans, épileptique depuis huit ou dix ans déjà, et dont l'intelligence, assez développée au début, s'était progressivement affaiblie, au point d'être presque abolie. Par contre, les instincts du vagabondage, du vol et le goût de jouer avec le feu s'étaient progressivement accrus. Les conclusions sont que le malade est aliéné, dangereux pour lui-même et pour les autres, irresponsable de ses actes, et qu'il y a lieu de le séquestrer dans un asile spécial.

3° *De l'emploi des notes individuelles en statistique;* par M. Glatter.

A propos d'un mémoire du Dr Sander, professeur libre à Berlin, publié dans le XVe volume du *Journal trimestriel de médecine légale*, le Dr Glatter, chef du bureau de la statistique, signale les avantages que l'on peut tirer de l'emploi de fiches individuelles dans les travaux de statistique relatifs à l'aliénation mentale.

Ce procédé a été déjà utilisé, depuis des années, par le Dr Maresch, médecin en chef d'un des asiles publics de Vienne, et il a été reconnu beaucoup plus commode que celui des tableaux collectifs, pour varier les recherches et multiplier les combinaisons. On peut arriver ainsi, beaucoup plus facilement, à mettre en relief les circonstances individuelles qui, sans cela restent perdues dans le nombre. Aussi, M. Glatter exprime-t-il le vœu que ce système soit adopté par le gouvernement, pour tous les établissements publics.

4° *Rapport médico-légal*; par le Dr Grabacher.

Il s'agit d'un demi-imbécile, enfant naturel, capable de travailler comme ouvrier agricole à des occupations grossières, mais hors d'état d'administrer ce qui lui appartient. La conclusion est qu'il n'est dangereux ni pour lui, ni pour les autres, mais qu'en raison de son incapacité pour les affaires, il doit être pourvu à la protection de ses intérêts par les moyens légaux, c'est-à-dire par la nomination d'un curateur. (Nous igno-

©BIUM

rons si, dans la loi autrichienne, les fonctions du curateur sont les mêmes qu'en France, ou si elles ne se rapprochent pas plus de celles du tuteur).

5° *Sur les relations entre la manie et l'épilepsie*; par le professeur Meynert.

L'auteur signale de récentes expériences physiologiques dans lesquelles on a constaté que, lorsque l'on vient de rendre libres des artères destinées au cerveau, qui avaient été précédemment liées, il se produit une période de dilatation artérielle très-considérable, et il compare le résultat de ces expériences aux phénomènes passagers d'excitation que l'on désigne sous le nom de manie suraiguë, de manie transitoire, et que l'on a de la tendance à considérer, aujourd'hui, comme se rattachant à l'épilepsie larvée. Cette dernière désignation s'applique, on le sait, à des accès de violente excitation, tantôt dangereuse, tantôt non, de peu de durée, immédiatement précédés d'une période d'égarement ou même d'évanouissement, période qui, elle-même, est souvent ouverte par des symptômes de la nature des *aura*; le plus souvent ces accès se produisent et se dissipent sans laisser la moindre trace dans la mémoire.

Comme ces accidents sont souvent suivis de crises épileptiques complètes, on a été amené à les considérer comme épileptoïdes. Mais alors même que ces accès de manie, avec trouble de la conscience, se passent entièrement dans les hémisphères (sans être suivis de convulsions), ce n'est pas une raison pour nier leur parenté avec l'épilepsie, car celle-ci peut consister uniquement en vertiges ou syncopes, avec le phénomène précurseur de l'*aura*, sans aucune convulsion, ou seulement avec quelques traces de spasme presque imperceptibles.

Pour bien saisir les rapports multiples qui unissent l'épilepsie et la manie, il est d'abord essentiel de bien comprendre le mécanisme de l'accès épileptique complet.

Les convulsions peuvent être déterminées artificiellement par des hémorrhagies; sous l'influence de l'anémie, il se produit, dans le tissu nerveux de la moelle allongée, d'après Kussmaul, ou dans celui du pont de Varole, d'après Nothnagel, une insuffisance d'acides qui laisse libres des agents chimiques qui agissent comme poison.

Il n'est pas douteux que l'anémie ne puisse en même temps faire perdre connaissance. Or l'accès d'épilepsie proprement dit ne diffère de l'évanouissement avec convulsions, qui succède

©BIUM

aux grandes pertes de sang, que par les phénomènes précurseurs et consécutifs qui lui servent de cortége, l'aura et le coma.

Les phénomènes subits d'excitation de l'aura, qui sont immédiatement suivis de la perte de la connaissance, prouvent que l'épilepsie est déterminée par une anémie active, par une contraction artérielle. Mais cette contraction n'atteint pas, juste en même temps, toutes les artères du cerveau: il se produit alors la même chose que dans un infarctus formé à la suite de l'occlusion d'une artère par une embolie; la pression vasculaire se trouve suspendue dans les environs de l'artère oblitérée et le sang s'y précipite de manière à y déterminer subitement un état d'hyperhémie. Mais cette hyperhémie ne produit qu'une excitation très-courte, car les vaisseaux qui en sont le siége sont bientôt gagnés eux-mêmes par la contraction. C'est d'après le siége, dans le cerveau, de cette rapide excitation, que varie la nature de l'aura; tantôt c'est une odeur, tantôt un éclat de son, tantôt un éblouissement visuel ou une sensation dans les intestins, tantôt enfin un mouvement extérieur produit par la contraction isolée de certains groupes de muscles qui précède immédiatement la perte de connaissance.

A cette contraction active des artères succède rapidement leur dilatation, suivie elle-même d'hyperhémie veineuse et de symptômes de compression cérébrale.

Ces rapides alternatives dans l'état vasculaire sont démontrées par les autopsies des sujets qui meurent pendant l'attaque elle-même ; chez les uns, en effet, on trouve l'encéphale tout à fait gorgé de sang, et chez les autres, au contraire, on le trouve complétement exsangue.

On pourrait se demander si ce n'est pas à cette compression cérébrale, par hyperhémie, que doivent être attribuées les convulsions de l'épilepsie, d'autant plus que Pagenstecher a montré, par des expériences, que les convulsions succèdent parfois à la compression artificielle du cerveau. Mais cette explication ne saurait être admise d'une manière générale, parce que la seule anémie consécutive aux pertes de sang suffit pour déterminer les convulsions; parce qu'en outre, dans les attaques, les convulsions précèdent l'apparition des symptômes de compression cérébrale et cessent avant eux, et, enfin, parce que dans le simple vertige épileptique, il y a aussi de légers mouvements convulsifs, sans aucun indice de compression cérébrale consécutive. La suspension de la contraction arté-

©BIUM

rielle paraît avoir pour point de départ les centres d'innervation vasculaire déterminés par Ludwig et en dernier lieu par Owsjannikow, dans les pédôncules cérébaux et dans la moelle allongée. Ce dernier auteur pense qu'il y a deux centres d'innervation vasculaire, l'un supérieur et tonique, dont l'action sur les muscles artériels serait analogue à l'action volontaire du cerveau sur les muscles du corps, et l'autre inférieur et réflexe, ayant une action analogue au pouvoir excito-moteur de la moelle. Si ces vues étaient reconnues exactes, les cas d'épilepsie à cause périphérique, dans lesquels le point de départ des attaques est une excitation venant d'une cicatrice, d'une affection intestinale, pourraient être rattachés au centre inférieur ou réflexe, tandis que ce serait au centre supérieur ou tonique que devraient être rattachés les cas si fréquents dans lesquels les attaques sont de cause cérébrale. A l'aide des notions qui précèdent, on peut, maintenant, se rendre compte des rapports multiples qui existent entre la manie et l'épilepsie. Entre cette dernière et les cas de manie transitoire, précédés d'évanouissement, il n'y a qu'une différence d'intensité et d'extension de la lésion. La contraction des artères n'est pas poussée jusqu'au degré nécessaire pour déterminer des convulsions, et la période de compression cérébrale ne va pas jusqu'à produire le coma, mais seulement un affaiblissement de la connaissance, grâce auquel il peut se faire que le malade ne conserve aucun souvenir de l'accès.

Quand la fureur se développe immédiatement à la suite du coma consécutif à un accès d'épilepsie, c'est que les phénomènes de compression cérébrale ont commencé à décroître, par suite de la diminution de l'hyperhémie, mais l'hyperhémie subsiste encore à un certain degré.

Les accès d'agitation habituels chez certains épileptiques peuvent avoir, avec les accès convulsifs, les rapports suivants :

1° L'agitation précède de près l'accès ;

2° L'agitation est consécutive à l'accès et la suit, soit immédiatement, soit au bout d'un certain temps ;

3° Elle se substitue avec une périodicité régulière aux accès ;

4° Elle se manifeste dans l'intervalle d'accès très éloignés les uns des autres, et peut alterner avec des états de profonde dépression.

Pour aider à comprendre ces manifestations maniaques si multiples, dans leurs rapports avec l'épilepsie, on peut invoquer

©BIUM

les autopsies d'épileptiques morts dans l'intervalle des accès, dans lesquelles il est très-rare que la quantité de sang trouvée dans le cerveau soit normale; elle est presque toujours soit exagérée, soit insuffisante. On peut en induire que chez ces malades, l'action tonique des centres d'innervation vasculaire est, constamment, mal équilibrée, en sorte que les variations de contraction et de dilatation des artères sont beaucoup plus fréquentes que dans les grandes attaques convulsives; aussi les malades ne le sont pas seulement au moment de l'attaque, on pourrait presque dire qu'ils sont constamment épileptiques, et que l'attaque n'est que le terme le plus élevé d'une série de perturbations très-variables, mais rattachées les unes aux autres par les liens d'une parenté étroite.

Ces relations intimes, et ces rapprochements cliniques remarquables, entre la manie et l'épilepsie nous font comprendre la solidarité qui peut exister entre une névrose grave et une psychose (maladie mentale), non-seulement au point de vue de leur réunion chez un même malade, mais aussi au point de vue de la transmission héréditaire, soit que l'épilepsie soit transmise par un maniaque, soit qu'au contraire la manie soit transmise par un épileptique.

6° *Rapport annuel sur l'asile public de Linz*; par le Dr Knorlein.

Ce travail se compose d'un certain nombre de tableaux statistiques suivis de considérations sur les principales formes de maladies mentales et sur leurs symptômes caractéristiques. Il est suivi d'un article emprunté à un journal politique, où tout en rendant justice à la beauté des constructions de l'asile, on signale les lacunes qui existent, dans son organisation, sous le rapport de l'approvisionnement de l'eau, de la culture, de l'éclairage, etc.

7° *Les nouveaux tableaux statistiques*; par le Dr Gauster.

Remarques sur une nouvelle série de tableaux statistiques, destinés par le gouvernement à faire connaître les mouvements de la population dans tous les asiles autrichiens; ce travail a surtout un intérêt local et se prête peu à l'analyse.

8° *De la skatophagie chez les aliénés*; par le Dr Lang.

L'auteur donne le nom de skatophagie au fait assez fréquent chez certains aliénés, de manger leurs propres excréments, ou ceux d'autres personnes. Depuis plusieurs années il a fait une

©BIUM

étude attentive de cette manifestation pathologique en se demandant si elle n'était pas un symptôme pathognomonique de certaines formes d'affections mentales, et si elle n'était pas une particularité susceptible de modifier la marche de l'affection? Mais ce qui a surtout fixé son attention, c'est qu'il a remarqué que tous les malades chez lesquels cette habitude avait subsisté, avec opiniâtreté, pendant un temps assez long, avaient fini par succomber.

La première observation rapportée est celle d'un jeune militaire de 26 ans, soigné à l'asile de Graz, dont le Dr Lanz est le directeur-médecin, et qui, après 17 mois d'une maladie caractérisée par des alternatives d'excitation et de dépression et pendant laquelle on avait constaté à plusieurs reprises qu'il mangeait ses excréments, finit par guérir complétement, sous l'influence de moyens mécaniques de contrainte qui le privaient de la liberté de ses mains et l'empêchaient de suivre son goût dépravé.

Au moment de quitter l'asile, ce malade raconta spontanément au Dr Lanz, que trois ans auparavant, environ, se trouvant mal portant, il avait consulté un médecin dans lequel il avait une grande confiance, et qui lui aurait dit que chez lui la digestion se faisait très-mal, ce qui entraînait des irrégularités dans les fonctions digestives et l'expulsion par les selles de la partie la plus nutritive des aliments. A la suite de cette consultation, il commença à examiner, avec le plus grand soin, ses excréments, et comme le traitement qu'il suivait lui paraissait produire peu d'effet, il résolut de remanger les portions d'aliments incomplétement digérés qu'il voyait dans ses selles, et qui lui paraissaient déjà avoir subi une demi-préparation qui les rendaient plus propres à le soutenir. Au commencement, il ne parvint qu'avec une répugnance excessive à en avaler quelques parcelles; mais bientôt il en eut pris si bien l'habitude qu'il ne pouvait plus résister au besoin de manger chaque jour ce qu'il rendait. Bientôt après il donna des signes de folie qui provoquèrent son entrée à l'asile. La guérison se maintenait depuis longtemps aux dernières nouvelles obtenues sur le compte de cet individu.

Le second cas est celui d'un notaire qui après avoir commis de nombreux excès et avoir eu le chagrin d'échouer dans ses ambitions politiques, devint aliéné à l'âge de 50 ans. Les symptômes furent ceux de la paralysie générale, avec ses alternatives habituelles de poussées congestives et de rémissions

©BIUM

partielles. Dans son délire optimiste, il prétendait avoir dans le corps un atelier où se fabriquaient de l'or et des diamants, des pierres précieuses, et pour alimenter cet atelier, il avalait toutes sortes d'objets, du sable, de l'herbe, de la boue et surtout ses excréments, qu'il prétendait être la matière la mieux utilisable pour cette fabrication. Il lui arrivait aussi de se barbouiller avec ses excréments pour donner à son visage, à son cou, l'éclat du diamant. La mort survint par une attaque apoplectique, deux ans et six mois après le début de l'affection.

Après avoir cité d'autres cas où le même symptôme s'était produit, l'auteur insiste avec beaucoup de développements sur l'action nuisible qu'il croit être exercée sur toute l'économie, et principalement sur les fonctions de nutrition par l'ingestion de pareilles substances ; quant à la localisation de cette impulsion morbide dans une partie déterminée du cerveau, il n'ose entreprendre de la déterminer dans l'état actuel de la science. Il termine par quelques considérations thérapeutiques qui n'ont rien de saillant.

9° *Rapport médico-légal sur une visionnaire* ; par le Dr Grabacher.

Le sujet de ce rapport est une jeune fille de 19 ans, domestique à la campagne, jouissant de toutes les apparences d'une santé florissante, et dans la famille de laquelle on ne connaît aucun exemple de maladie mentale.

Jeanne L... raconte que depuis l'âge de douze ans, il lui est arrivé, à des espaces de temps plus ou moins rapprochés, mais jamais le jour, de voir apparaître une forme féminine, vêtue de blanc, qu'elle a prise pour l'âme d'une trépassée, qui a besoin d'être délivrée, et dont elle voudrait pouvoir accomplir la délivrance.

Le 18 décembre 1871, pendant l'office, cette forme lui serait apparue de nouveau, au milieu de l'église, sans être vue de personne autre, se serait approchée d'elle assez pour toucher le mouchoir qu'elle avait à la main, et par ce contact aurait fait dans le mouchoir quatre brûlures laissant des trous en forme de croix.

L'apparition ne s'est pas reproduite depuis, mais Jeanne L... continue de croire à sa réalité ; elle prétend même qu'elle sait à quelle personne cette âme en peine a appartenu sur la terre ;

©BIUM

mais elle ne veut pas la nommer; elle ajoute qu'un pèlerinage achèverait sa délivrance.

Les gens chez lesquels elle est en service rapportent que J... est laborieuse, mais que souvent, le soir, pendant qu'elle était assise à travailler auprès de la table commune, il lui arrivait, tout à coup, de pâlir comme si elle était effrayée ; pendant un instant elle restait sans voix et sans connaissance, puis elle finissait par revenir à elle, et elle demandait alors à ceux qui l'entouraient s'ils n'avaient pas vu le fantôme qui venait de lui apparaître et qui lui avait parlé. Naturellement, personne n'avait rien vu.

Le Dr Grabacher discute la nature de ces accidents ; il les considère soit comme le résultat d'un rêve, ou d'une puissante surexcitation de l'imagination, ou d'une supercherie et conclut à la séquestration dans un asile.

Nous sommes étonné qu'il n'ait pas été frappé de l'analogie entre les phénomènes qui accompagnaient l'apparition, d'après les maîtres de Jeanne L..., et ceux du vertige épileptique; s'il avait pu reconnaître la nature réellement épileptique de ces pertes instantanées de connaissance, avec blancheur du visage, il y aurait trouvé une explication facile de l'apparition fantastique. On sait combien les impressions visuelles font fréquemment partie des phénomènes de l'aura épileptique.

40° *Un cas d'épilepsie saturnine et de folie ;* par Leidesdorff.

Le sieur J. D..., âge 25 ans, a eu antérieurement une attaque de colique de plomb et présente, habituellement, du tremblement musculaire. Huit jours avant son entrée dans un service d'aliénés, il a eu huit attaques d'épilepsie, suivies de dépression intellectuelle et de frayeurs. A son entrée, propos incohérents, actes désordonnés, délire analogue à celui des buveurs. Au bout de quatre jours de séjour, nouvelles attaques convulsives se suivant rapidement, et durant de cinq à six minutes chacune. Mort le cinquième jour.

Le diagnostic d'encéphalopathie saturnine, porté pendant le cours de la maladie, fut complétement confirmé par l'autopsie. L'examen microscopique des méninges, du cerveau, des vaisseaux ne fit rien constater d'anormal, mais l'analyse chimique fit découvrir, dans l'urine et dans le cerveau, une quantité notable de plomb. A cette occasion, Leidesdorff fait remarquer que les attaques épileptiformes ne peuvent être considérées comme de nature urémique, car, pendant la vie, l'urine était

©BIUM

normale et ne contenait pas d'albumine. Il pense que les accidents convulsifs doivent être attribués, comme l'a fait Rosenstein, à l'état anémique du cerveau ; mais on ne sait encore si le plomb détermine l'anémie du cerveau, ou par la contraction des vaisseaux, ou par la production de l'œdème, ou par tout autre mécanisme.

Nous devons signaler en outre, sans pouvoir les résumer ici, plusieurs importantes communications de M. le professeur Meynert sur l'étude microscopique du tissu cérébral, sur la structure des circonvolutions, sur les préparations de pièces relatives à l'histologie du système nerveux ; des discussions roulant sur les aliénés dangereux, sur un projet de loi sur les aliénés pour l'empire d'Autriche, sur les différents modes d'assistance des aliénés, sur la protection de leurs intérêts et sur la meilleure manière de diriger les enquêtes médico-légales qui les concernent. Dr Ach. Foville.

Friedreich's Blaetter.

(année 1873.)

1° *Que faire des criminels devenus aliénés?* par le Dr de Krafft-Ebing.

On sait tout ce qui a déjà été dit sur cette question, et voici comment l'auteur propose de la résoudre. Partant de ce fait qu'il existe en réalité trois manières de soigner un criminel devenu aliéné, à savoir l'asile ordinaire, un quartier spécial d'aliénés dans les établissements pénitentiaires et enfin un asile spécial pour les criminels aliénés, il propose le classement suivant :

I. Asiles ordinaires d'aliénés.

1. Tous les individus qui étaient déjà malades au moment du crime ; il ne s'agit pas ici de criminels, mais d'aliénés dangereux et leur réunion avec d'autres n'a rien de choquant.

2. Les individus qui sont devenus aliénés pendant l'instruction ; ce sont des prévenus mais non pas des condamnés, et il peut y avoir des innocents parmi eux.

3. Les criminels devenus aliénés sous une forme qui n'a rien de pénible et qui ne sauraient avoir une influence fâcheuse sur leur entourage. L'auteur a souvent vu dans les asiles ordinaires de semblables malades dont la présence n'avait aucun mauvais effet sur la discipline de la maison et ne choquait en rien soit les autres malades, soit leur famille.

©BIUM

II. Quartiers spéciaux d'aliénés dans les établissements pénitentiaires.

Les individus à placer dans ces quartiers spéciaux sont :

1° Ceux chez lesquels le trouble mental apparaît après la clôture de l'enquête et le renvoi au juge, et qui ne sont donc plus simplement prévenus mais accusés avec, par conséquent, grande probabilité qu'ils sont coupables. Il est naturel que ces individus restent entre les mains de la justice jusqu'après jugement, mais le quartier où ils seront transportés doit être pourvu de tout ce qui est nécessaire au traitement.

2° Les détenus suspects de simulation.

3° Tous les cas aigus, surtout lorsque la maladie survient chez un individu soumis à l'isolement.

En revanche les cas qui dès l'abord sont reconnus incurables ou chroniques doivent être placés dans un asile proprement dit, car un quartier spécial dans l'établissement pénitentiaire serait inutilement surchargé par les premiers et n'offrirait pas de moyens suffisants de traitement pour les seconds. La forme même et les circonstances particulières de chaque cas décideront si le malade doit être placé soit dans un asile ordinaire, soit dans un asile spécialement destiné aux criminels aliénés.

III. Les asiles spéciaux pour les criminels aliénés recevront tous les individus qui sont de prime abord reconnus pour aliénés incurables ou chroniques et que la forme de leur affection mentale, les dangers qu'elle peut faire courir à autrui et l'éclat que peut avoir fait leur crime ne permettent pas de mêler à des aliénés ordinaires.

Dans les petits Etats, il convient bien mieux de placer les criminels aliénés dans un bâtiment détaché, un appendice des asiles ordinaires que d'en faire une section d'un établissement pénitenciaire, car ces individus sont avant tout aliénés et se rapprochent bien plus du malade que du criminel. Dans les grands États, en revanche, des asiles spéciaux sont indispensables et les inconvénients que présentent les asiles anglais pourraient facilement être évités par un isolement rationnel, par un système de construction plus approprié, par un nombre suffisant d'employés de confiance, etc.

Ces asiles seraient d'ailleurs d'une grande utilité à un autre point de vue ; chaque année arrivent devant les tribunaux un grand nombre d'individus qui ne sont pas précisément des aliénés, mais chez lesquels existe cette dégénérescence morale

©BIUM

particulière qui fait le caractère essentiel de la folie morale ou de la folie criminelle et que dans l'état actuel de nos connaissances il peut être si difficile d'apprécier équitablement ; ces individus épouvantent la société par le nombre ou la monstruosité de leurs forfaits, et comme elle doit en tout cas en être débarrassée, la séquestration dans un établissement qui aurait le double caractère de l'hospice et de la prison lui offrirait une garantie suffisante. Ce serait plus humain et plus juste que de les condamner comme responsables parce que leur état ne répond pas aux notions du vulgaire sur la folie.

2° *De la responsabilité;* par le Dr Frese, à Kasan.

Intéressante étude trop longue pour pouvoir être rendue complétement même en extrait; nous nous bornons donc à reproduire les traits principaux du dernier chapitre qui sert en quelque sorte de conclusion. Un mouvement volontaire ou un ensemble de mouvements volontaires constitue un *acte*, mais cet acte est loin d'être un phénomène initial, primordial, il dérive lui-même du *motif* et le motif n'est pas autre chose qu'un besoin éprouvé par l'individu de changer son état actuel. Or, ce besoin lui-même ne peut provenir que d'une sensation et cette sensation ne peut être qu'organique, parce que les sensations seules portent le caractère du bien-être ou de la douleur, quoique le besoin qui en découle puisse être physique, intellectuel ou moral. Le motif d'un acte repose donc dans tous les cas soit sur une simple sensation organique, soit sur un sentiment moral, suivant qu'il s'agit d'états physiques, intellectuels ou moraux. Le point de départ physiologique de l'acte consiste ainsi en une excitation des centres nerveux qui président à la sensation.

Au motif se lie étroitement le *but* qui est la représentation de l'état nouveau dans lequel désire se trouver l'individu et ne peut prendre corps que par la voie de la conception; le but exprime un état qui n'existera que lorsque l'acte sera accompli, et lorsqu'il n'est pas en apparence représenté par la conception, il ne peut s'agir que d'un acte purement négatif, c'est-à-dire d'un acte dont le but n'est que le changement de l'état actuel sans représentation précise de celui qui doit lui succéder.

Le but étant conçu, l'individu doit maintenant savoir quels mouvements musculaires sont nécessaires pour l'atteindre (conceptions de mouvements), sinon ou bien l'acte et le but reste-

©BIUM

raient à l'état de désir, ou bien il pourrait exécuter des mouvements non appropriés et se tromper complétement. Dès maintenant, que les conceptions de but se sont associées aux conceptions de mouvements voulus, les conditions essentielles de l'acte existent et leur présence s'exprime par la *décision* qu'on peut donc définir ainsi : la connaissance de l'harmonie parfaite entre le motif, le but et le mouvement nécessaire. La décision toutefois n'est pas toujours immédiatement définitive, elle est souvent précédée de décisions provisoires plus ou moins vaguement ébauchées qui se réfléchissent sur les centres sensitifs et suivant la nature de leur contenu éveillent en eux des sentiments et des sensations agréables ou pénibles. Ces derniers conduisent à leur tour à de nouvelles conceptions qui font voir la décision sous de nouveaux aspects et peuvent soit la renforcer, soit la faire abandonner, et comme chaque nouvelle conception se réfléchit également sur la sphère du sentiment, il en résulte un va-et-vient continu des centres de sensation à ceux de la conception ; ce mouvement de va-et-vient qui ne peut naturellement avoir lieu que par l'intermédiaire du système nerveux donne à la raison, à l'imagination, au jugement et aux principes moraux l'occasion de faire valoir leurs droits et l'ensemble du procès s'appelle la *réflexion* qui est la critique ou le modérateur de la décision.

Cette lutte, car c'en est une, est naturellement soumise à l'influence puissante des divers facteurs qui constituent notre individualité, ou agissent sur elle du dehors : ainsi l'âge, le sexe, le caractère inné, l'état physique, l'éducation, l'instruction, l'exemple ; mais toujours arrive un moment où l'un des sentiments en lutte l'emporte sur tous les autres en reposant sur une conception fixe et définitive; la décision est prise et les conceptions du mouvement se transmettant des centres à la périphérie motrice, l'acte se produit. Or, l'observation de nous-mêmes prouve que de tous les buts qui peuvent concourir à la réalisation du motif, c'est toujours celui qui entraîne le sentiment le plus vif de la satisfaction espérée qu l'emporte ; ce sentiment le plus vif est celui qui ne se laisse effacer par aucun autre et qui devient conscient sous la forme d'une impulsion puissante ; nous sentons que nous devons agir de telle façon et que nous ne pouvons pas en choisir une autre, et cette dernière impulsion à l'action, ce quelque chose qui nous pousse impérieusement, soit dans le sens de la raison et de la morale, soit dans celui de la satisfaction des sens

©BIUM

est la *volonté*. Aussi longtemps que l'acte n'a pas eu lieu, il n'y a pas eu volonté et la seule preuve qu'elle a existé est précisément l'accomplissement de l'acte.

Nos actions peuvent être les plus diverses, mais toujours le procès physiologique reste le même ; que ses diverses phases soient précipitées ou ralenties, que son énergie soit augmentée ou diminuée, il ne saurait varier.

Et maintenant de ceci quelle est la conséquence, sinon qu'il est impossible d'analyser sainement un acte si l'on ne part de cette base qu'il est un procès physiologique et si dans l'appréciation d'un crime on n'abandonne pas de vaines théories psychologiques telles par exemple que l'illusoire liberté de la volonté. L'acte est en somme une fonction, soumise comme toute fonction à des perturbations pathologiques et l'acte de l'aliéné se distingue précisément de l'acte de l'homme sain d'esprit par la nature pathologique du procès qui est à sa base. Or, ce procès peut être troublé de mille manières, soit dans son ensemble, soit dans l'une ou l'autre de ses phases isolément. En premier lieu, le motif peut être le résultat de sensations nerveuses anormales résultant d'une irritation morbide de telle ou telle sphère nerveuse (angoisse précordiale, hallucinations, conceptions délirantes, etc.) Les conceptions de but peuvent également être de nature pathologique, lorsque par exemple elles reposent sur des hallucinations ou des illusions des sens ; et quant à la réflexion, on sait combien elle est sous la dépendance immédiate de l'état général d'irritabilité de l'individu. Pour qu'elle puisse jouer le rôle qui lui convient, il est nécessaire que le cours des conceptions soit normal, ni trop lent, ni trop précipité, qu'il ne surgisse aucune conception fausse, et surtout qu'il y ait harmonie de fonctions entre les centres de la sensation organique et ceux de la conception ; car il n'y a aucun doute qu'un mode normal d'irritabilité nerveuse ne soit une source abondante d'activité psychique morbide.

Enfin la dernière phase de la fonction, l'accomplissement de l'acte lui-même, ne peut avoir lieu que par une excitation véritable des sphères nerveuses motrices, et cette excitation est souvent anormale. L'irritabilité des centres moteurs est en effet fréquemment très-exagérée, de telle sorte qu'une impulsion de la volonté encore très-faible non-seulement suffit à inciter au mouvement, mais encore peut le produire désordonné et dépassant le but : dans le premier cas le crime est commis sans

©BIUM

avoir été réellement voulu, dans le second l'individu fait bien plus qu'il ne l'aurait voulu.

Partant de là, on voit combien les divers facteurs qui composent notre individualité toute entière influent sur nos actions, et quelle est la marche à suivre lorsqu'il s'agit de les analyser et d'apprécier le degré de responsabilité d'un individu dans un cas donné.

Archiv für Psychiatrie (Vol. IV, 1873 et 1er fasc. 1874.)

1° *Syphilis et psychose*, par le Dr Linstow.

A propos d'un cas très-intéressant de psychose syphilitique qui a pu être exactement observé dans toutes ses phases et après avoir passé en revue l'opinion des divers écrivains qui se sont occupés de cette question, l'auteur arrive à conclure que la démence paralytique et la folie syphilitique sont deux maladies entièrement distinctes, ce que prouve avant tout le fait que la première finit toujours par la mort après peu d'années, tandis que la seconde est parfaitement curable.

2° *De la folie circulaire*, par le Dr Meyer.

La folie circulaire ne constitue pas une forme aussi spéciale que l'ont pensé Falret et Baillarger qui l'ont décrite les premiers, et d'ailleurs ils ont reconnu eux-mêmes qu'il s'agit essentiellement dans ces cas de simple réaction psychique; les observations de Falret en particulier reposent évidemment sur des faits et sont dignes de toute confiance, mais le Dr Meyer diffère de lui sur plusieurs points de détail et entre autres dans l'interprétation soit de symptômes isolés, soit de l'essence même de la maladie. Pour lui la folie circulaire repose en partie du moins sur des troubles trophiques spéciaux (tropho-névrose) et ce côté de son travail surtout est particulièrement digne d'intérêt. On sait que dans la manie comme dans la mélancolie le poids du corps diminue, pour reprendre ensuite, parfois même assez rapidement, pendant la convalescence, et ce fait s'observe dans les exacerbations des cas d'aliénation chronique ou incurable.

La période de mélancolie de la folie circulaire est aussi accompagnée d'une diminution du poids du corps, mais dans la période d'excitation il en est tout autrement, et la règle d'Esquirol se trouve entièrement renversée; autrement dit, *ce poids augmente considérablement à ce moment de l'affection*. Il est vrai que vers la fin de l'accès de mélancolie et pendant la période de rémission, le poids augmente déjà un peu, mais cette aug-

©BIUM

mentation est très-peu sensible, tandis que dès le commencement de l'excitation, elle fait rapidement des progrès parfois considérables et pouvant aller jusqu'à 3 ou même 4 livres (2 kilos) par semaine. Vers le milieu de l'accès, le poids reste quelque temps stationnaire, puis revient graduellement à son chiffre normal. On pourrait être tenté d'expliquer ce phénomène tout à fait inattendu par l'activité de l'alimentation pendant la période d'excitation, activité qui paraît surtout considérable si on réfléchit à la difficulté avec laquelle la plupart des mélancoliques prennent leur nourriture ; mais d'un autre côté, ceux-ci gardent souvent le lit, évitent autant que possible tout mouvement et dorment beaucoup. Le maniaque, au contraire, dort très-peu, et pendant la veille n'a pas un moment de repos, de sorte que la permanence de l'agitation compense déjà à elle seule le surplus de l'alimentation. Enfin, chez les maniaques simples, le poids du corps diminue presque toujours quoique l'alimentation soit puissante.

Si ces considérations indiquent déjà qu'il existe un rapport intime entre l'agitation maniaque de la folie circulaire et l'augmentation du poids du corps, la nature particulière de ce phénomène de nutrition semble également indiquer avec certitude, qu'il est sous l'influence directe des centres nerveux et pour le rendre en un mot, le Dr Meyer dit que les malades paraissent considérablement rajeunis ; depuis longtemps il fait estimer leur âge par les étudiants de la clinique ou par les médecins qui viennent le voir, et constamment leur estimation frappe de 10 ou même 20 ans trop bas ; la peau redevient souple, humide, et ferme comme dans la jeunesse, les rides et les plis qui couvraient le cou et le visage dans la période mélancolique disparaissent, le teint s'éclaircit, redevient rosé, les yeux prennent plus d'éclat, les globes saillissent davantage, les cheveux deviennent plus fermes et plus brillants, la teinte grise, si elle existait, est moins visible, les places chauves se couvrent même de jeunes cheveux, les fonctions du corps en général se font mieux et même une malade, qui n'était plus menstruée depuis un an, a vu reparaître régulièrement ses règles pendant un accès de manie.

Ces phénomènes doivent donc faire envisager les accès de manie de la folie circulaire comme une véritable tropho-névrose, qui domine l'organisme tout entier et sous l'influence de procès pathologiques, exalte la nutrition dans son ensemble ; on pourrait dire que le système nerveux, en général, est tendu un

©BIUM

octave plus haut. Quant à dire si à ce point de vue la phase mélancolique forme un parallèle en sens contraire, le Dr Meyer, tout en paraissant le croire, ne peut encore faire que des suppositions; dans cette phase, l'amaigrissement est si rapide que l'insuffisance de l'alimentation ne suffit pas davantage à l'expliquer que dans la phase de manie son augmentation n'explique l'hypernutrition qu'il désigne à l'attention des observateurs. Dans la mélancolie, en outre, le rapide changement de tout l'habitus est très-frappant; en quelques jours, le malade paraît vieilli de plusieurs années, les yeux sont ternes et enfoncés, la peau sèche et ridée, les cheveux grisonnent et tombent, toutes les fonctions sont ralenties. En revanche, la circulation ne présente pas les mêmes contrastes : les battements du cœur et le pouls sont dans les deux phases, faibles, petits et fréquents, et le Dr Meyer avoue que ce fait d'une circulation sensiblement la même dans les deux phases opposées de l'affection, rend plus difficile son explication des altérations nutritives par des influences vaso-motrices.

3° *De l'emploi de l'alcool chez les aliénés*; par le Dr Obernier.

On sait combien nombreux sont les cas dans lesquels le trouble mental se traduit au dehors par une passivité complète, par l'absence de tout mouvement volontaire, de tout geste, de toute parole, de toute mimique même; le malade changé en statue est indifférent à tout ce qui l'entoure, il faut le contraindre aux mouvements nécessaires à son alimentation, aux soins de propreté, etc., et si à la fin, il en vient à faire spontanément ces mouvements nécessaires, il les fait avec une telle indifférence, un tel automatisme, qu'il est pour ainsi dire impossible de dire s'il agit volontairement et consciemment, ou si ce n'est point un reste d'instinct seul qui pousse la machine. En outre, comme ces malades ne parlent pas, il est impossible également de se rendre compte de leur état mental, du cours de leurs idées, si bien que tel individu qu'on a devant soi et dont on ignore les antécédents, peut être aussi bien un mélancolique stupide dans un état encore aigu qu'un dément complet; en un mot, y a-t-il encore chez lui une vie psychique, des sentiments affectifs, des conceptions délirantes (et lesquelles?), ou bien toute intelligence est-elle éteinte et « la bête » seule vit-elle encore? Cette question si importante déjà au point de vue du diagnostic, l'est bien plus encore lorsqu'il s'agit du pronostic qui touche de si près aux choses

©BIUM

de la vie sociale (interdiction, etc.), et le médecin consulté n'a souvent d'autre moyen d'appréciation que le temps, la durée de la maladie, quand il la connaît. On a, il est vrai, souvent essayé de réveiller momentanément ces malades par des moyens violents, la douleur, la douche, des piqûres, etc., mais les quelques phrases qu'on leur arrache ainsi sont incomplètes, rudimentaires, incohérentes, et il est impossible d'en rien conclure (ces moyens peuvent d'ailleurs n'être pas toujours inoffensifs. Dr C.).

L'alcool, en revanche, est un moyen certain et n'entraînant aucune suite fâcheuse s'il est employé avec quelque précaution, de changer du tout au tout la tenue de ces malades, de les faire parler, se mouvoir, exprimer leurs idées et le contenu de leurs conceptions délirantes. Il n'exerce, d'après les observations de Binz, de Boudier et d'Obernier, aucune influence nuisible sur l'organisme et en particulier ne provoque pas une élévation de la température dans les maladies, de sorte qu'on peut sans danger le donner à doses relativement élevées.

Le Dr Obernier cite deux cas dans lesquels il a employé cette nouvelle méthode avec le succès le plus complet et le plus constant ; dans le premier, après 18 mois de la passivité la plus absolue, l'emploi de l'alcool fit régulièrement agir et parler le malade et permit au médecin de constater sûrement la fixité des conceptions délirantes et un affaiblissement intellectuel déjà prononcé. Le second cas était encore en observation, mais l'emploi de l'alcool continué pendant environ sept semaines, a déjà réveillé le malade à un tel point qu'il a pu écrire à ses parents une lettre fort sensée, quoique le pronostic reste encore indécis.

Il faut donner le médicament en solution aqueuse ou aromatisée par cuillerées à bouche en commençant ; au bout de quelques jours, à la dose de 30 à 60 grammes (spir. vin. rectif.) en deux fois dans les 24 heures. Quant au mode d'action du médicament, il est assez difficile de s'en rendre compte et on ne saurait le comparer à l'ivresse (pourquoi pas ? *in vino veritas*, Dr C.); il est cependant probable qu'il agit sur la circulation encéphalique, et si, comme le pensent beaucoup d'observateurs, la mélancolie en général et la mélancolie stupide en particulier, reposent sur une anémie des centres nerveux, il serait naturel qu'une augmentation de l'afflux sanguin fît, au moins momentanément, disparaître les symptômes qui la caractérisent.

©BIUM

4° Des sensations olfactives subjectives dans l'épilepsie ; théorie des hallucinations, par le Dr Sander.

Un individu jusque-là bien portant, est pris à l'âge de 33 ans d'attaques épileptiques avant chacune desquelles il se plaint de sentir une odeur horrible ; les accès convulsifs, d'abord légers, deviennent de plus en plus intenses, en même temps, l'intelligence s'affaiblit et le malade tombe peu à peu en démence stupide complète, mais sans paralysie ; la vue baisse peu à peu et finit par se perdre complétement; il y a une céphalalgie frontale intermittente, mais atroce ; mort 15 mois après l'apparition des premiers symptômes. L'autopsie montre la présence d'une tumeur de la grosseur d'une grosse pomme et de la nature des gliomes, dont le point de départ paraît avoir été à la base du lobe temporal gauche ; elle a envahi en avant une partie du lobe frontal et en arrière affecte également le lobe postérieur; elle atteint jusqu'à la ligne médiane du cerveau ; le tractus olfactif dans sa partie centrale, le nerf optique gauche et son tractus sont absolument détruits par le néoplasme qui pénètre même de quelques lignes dans l'orbite par le foramen opticum.

Le docteur Sander relève comme particulièrement intéressantes dans ce cas les sensations olfactives pénibles qui précédaient les accès et même persistaient pendant leur durée aussi longtemps que ceux-ci consistaient en un simple vertige et que la conscience était conservée. Plusieurs écrivains ont déjà noté ce phénomène et Jackson croyait que la présence de ces sensations peut être le premier symptôme d'une épilepsie encore latente. D'autres médecins ont observé des cas dans lesquels elles étaient permanentes ; dans tous les cas cités il existait une lésion des tractus olfactifs et on a envisagé ces faits comme venant à l'appui de la théorie qui donne aux hallucinations une base anatomo-pathologique. Ce point de vue cependant ne semble guère exact, car précisément dans tout les cas cités il ne s'agit point de procès des centres (sans lesquels on ne se représente pas l'hallucination) mais d'altération périphérique, et il y a sensation spéciale par suite de l'irritation d'un nerf sensitif bien plus qu'hallucination proprement dite. On ne peut donc parler ici que d'illusion dans le sens d'Esquirol, mais il est difficile de dire si la sensation olfactive produite par l'irritation du nerf arrive telle quelle à la conscience et est seulement faussement interprétée,ou bien si elle

©BIUM

n'y parvient que déjà altérée en chemin par le procès central de transmission. L'un et l'autre seraient possibles, mais même dans ce dernier cas le procès pathologique qui irrite le nerf olfactif en le détruisant, n'est pas immédiatement la cause de l'illusion des sens ; celle-ci est produite par une altération du procès central de transmission qui empêche l'excitation transmise au sensorium de se faire valoir d'une manière normale à la conscience. La lésion anatomique des nerfs olfactifs ne saurait donc expliquer la présence des illusions sensorielles et dans le plus grand nombre des cas il ne s'agit, d'ailleurs, tout simplement que de la perception de l'excitation produite par l'affection locale ; il serait en tout cas très-extraordinaire qu'on trouvât si souvent une altération anatomique dans les cas d'hallucination de l'odorat relativement si rares, alors qu'on y a jusqu'à présent jamais réussi pour les hallucinations de la vue et de l'ouïe.

5° *Rhumatisme articulaire et psychose ;* par le docteur Simon.

On sait depuis longtemps que le rhumatisme articulaire aigu est parfois accompagné de troubles intellectuels, mais ce n'est que dans ces dernières années que leurs rapports réciproques ont été étudiés de plus près et le docteur Simon, outre plusieurs cas qu'il a pu observer complétement, s'est donné la peine de rechercher dans la littérature plus de cinquante histoires de malades dont l'examen lui a permis d'arriver à des conclusions qui paraissent dignes de toute confiance. — La première question qu'il se pose a rapport à la fréquence de la psychose rhumatismale et cette question se divise elle-même en deux rubriques bien distinctes ; 1° Combien pour cent de cas de folie sont-ils causés par le rhumatisme ? et 2° Combien pour cent de cas de rhumatisme sont-ils compliqués de folie ?

La réponse à la première partie de la question diffère passablement suivant les pays et les auteurs. Christian, à Montdevergues, n'a observé aucun cas de rhumatisme sur plus de 2.000 malades, tandis que dans l'asile de Schlesvig, sur 2.893 aliénés, il y en a eu 15 qui l'étaient devenus à la suite de l'affection articulaire et ces chiffres, qui donnent un peu plus de 1/2 0/0, se rapprochent fort de ceux de l'asile de Frédrichsberg, près Hambourg, qui donnent 6 cas sur 2.195, soit un peu plus du 1/4 0/0, de sorte que le Dr Simon pense qu'en fixant, du moins pour les asiles du Nord, la proportion de 1/2 0/0, on ne s'éloigne pas beaucoup de la réalité.

©BIUM

Et maintenant, combien de cas de rhumatisme sont-ils suivis de psychose ? Ici les données statistiques offrent des contradictions remarquables; ainsi à Vienne, sur deux mille cas de rhumatisme, on n'a pas observé une seule fois de complication psychique, tandis qu'à Hambourg elle a été notée dans plus de 1 0/0 ; mais quoi qu'il en soit, on peut admettre que cette complication est en somme des plus rares.

Quant à la forme que revêt le trouble intellectuel, elle peut varier beaucoup, et c'est à tort qu'on a prétendu qu'il se distinguait constamment des troubles qui surviennent dans le cours des maladies aiguës en général ; on observe de la mélancolie, des manies et diverses formes qui rappellent la démence, mais les plus fréquentes sont la mélancolie stupide, une certaine « folie alternante » et une forme particulière d'affaiblissement intellectuel puéril, qui par de certains côtés se rapproche de la manie aiguë, et par d'autres, de la démence; mais nous le répétons, aucune de ces formes n'est spéciale au rhumatisme et toutes peuvent se rencontrer à la suite d'autres maladies aiguës et en particulier de la fièvre typhoïde. Celle que le Dr Simon appelle folie alternante est caractérisée par une alternance fréquente et irrégulière des symptômes qui sont tantôt ceux de la mélancolie, tantôt ceux de la manie, tantôt enfin ceux de la démence; elle se distingue de la folie circulaire par le manque de régularité dans les variations et par l'absence de l'intervalle lucide.

La marche de l'affection psychique ne paraît pas non plus offrir quelque chose de caractéristique et en particulier la théorie des métastases est complétement fausse, ce que prouvent absolument les cas dans lesquels une rechute du rhumatisme est accompagnée d'une rechute ou d'une aggravation des symptômes de l'ordre mental ; les observateurs qui ont accepté cette théorie ont été induits en erreur, soit par le fait que la psychose n'apparaît souvent que dans la période de convalescence, soit parce que la récidive articulaire a été accompagnée non pas d'une disparition, mais bien d'une modification de l'état mental ; dans d'autres cas enfin, l'épanchement articulaire est si minime, qu'on ne peut le constater objectivement, et, si le malade perd alors connaissance et meut des membres qui quelques heures auparavant, étaient condamnés par la douleur à une immobilité complète, on peut se laisser aller à l'idée que l'articulation est dégagée, ce qui n'est cependant pas le cas.

©BIUM

Des mouvements choréiformes accompagnent fréquemment les psychoses rhumatismales mais ne leur prêtent non plus aucun caractère spécial ; ils apparaissent aussi après d'autres maladies aiguës et n'ont été observés ici que dans un sixième des cas.

Quant au pronostic, les observations du Dr Simon l'ont conduit à conclure :

1° Le pronostic des psychoses rhumatismales est excellent ; l'immense majorité des cas guérissent solidement et si un certain nombre sont portés dans les observations comme « en convalescence » ou « non guéris », il n'existe aucun cas constaté de non-guérison. Ce fait rapproche cette forme des psychoses de celles qui succèdent à la pneumonie et à l'érysipèle, tandis qu'il l'éloigne de celle qui succède au typhus et dont le pronostic est loin d'être aussi favorable.

2° La durée de l'affection est ordinairement de deux à quatre mois, souvent moins, car on l'a vue durer quinze jours.

3° Même, lorsqu'après quatre mois les symptômes psychiques ne se sont pas amendés, si même ils paraissent tendre à la démence, il ne faut nullement perdre espoir.

4° La réapparition ou la non-réapparition des symptômes articulaires ou d'accidents choréiques, sont tout à fait indifférentes au pronostic.

Il est bien difficile de dire quelle est la nature du procès anatomo-pathologique qui est à la base du trouble mental, car les autopsies sont très-rares et ne donnent guère que des résultats négatifs. Il est probable qu'il s'agit avant tout de troubles de circulation encéphalique et principalement d'anémie.

En résumé, rien dans les psychoses qui sont la suite du rhumatisme articulaire, ni leur forme, ni leur marche, ni leur pronostic, ni leurs complications, ni les altérations anatomiques sur lesquelles elles peuvent reposer, ne leur donne un caractère spécial et ne les distingue des affections qui accompagnent d'autres maladies aiguës ; en particulier « l'affection cérébrale rhumatismale chronique » admise par Griesinger n'existe pas, il ne s'agit que d'un trouble mental qui survient pendant ou après le rhumatisme.

6° *De l'assistance des aliénés en Prusse et en Angleterre* ; par le Dr Mendel.

L'auteur, à l'occasion d'un voyage d'étude qu'il a fait en Angleterre, compare l'état de l'assistance dans ces deux pays.

©BIUM

En Angleterre, la statistique du 1er janvier 1873 accuse un total de 60,000 aliénés sur 23 millions d'habitants, soit 1 sur 387; en Prusse, la proportion était, en 1871, de 52,000 sur près de 24 millions, soit 1 sur 468; mais dans ce dernier pays, la statistique n'a pas encore pu être faite avec le soin et l'exactitude qu'on y a apportés en Angleterre. Si les chiffres ci-dessus n'offrent pas en somme de grandes différences, il n'en est plus de même de ceux qui serviront de réponse à la question : où sont soignés ces milliers d'aliénés? car, tandis qu'en Angleterre 52,803 sont placés dans des asiles et 7,493 dans des maisons particulières, en Prusse il n'y en a (1873) que 11,460 dans les asiles. D'après la position sociale ou de fortune, ces aliénés se classent comme suit :

Angleterre.	Malades riches ou aisés, soignés dans les asiles,	14,924
—	Malades pauvres,	37,879
Prusse.	Malades riches ou aisés, soignés dans les asiles,	2,843
—	Malades pauvres,	11,460

Le Dr Mendel ne pense pas que cette différence énorme dans le chiffre des aliénés soignés dans les asiles soit due, par exemple, à une différence générale dans la forme des cas d'aliénation ; elle tient à des causes sociales et économiques. Ainsi en Prusse, la population est infiniment plus clair-semée et il est beaucoup plus facile de garder à la maison un aliéné dans les villages et à la campagne, que dans les villes où les familles s'empressent de s'en débarrasser en le faisant admettre dans un asile ; ensuite, en Prusse, non-seulement les formalités d'admission sont très-longues et compliquées, mais les communes reculent presque toujours devant les frais que leur causera le séjour de leur ressortissant à l'asile, et aussi longtemps qu'il ne tente pas de mettre le feu au village, ne s'en inquiétent guère. Mais il y a plus : même lorsque les formalités voulues sont remplies et que la commune s'est décidée à ouvrir sa bourse, l'aliéné ne peut très-souvent pas être placé à cause de l'encombrement des asiles; ainsi, par exemple, pour le seul asile de la Silésie, il y avait, à la fin de 1872, 145 demandes d'admission auxquelles il n'avait encore pu être satisfait Il y a une troisième circonstance qui nuit considérablement au développement normal de l'assistance des aliénés en Prusse, ce sont les préjugés qui règnent encore contre les asiles dans l'immense majorité des populations, préjugés qui cependant doivent disparaître de plus en plus, à mesure que les asiles

©BIUM

sont plus nombreux, plus ouverts, plus à la portée de chacun, moins encombrés et par conséquent d'autant mieux tenus. A mesure que ces préjugés disparaissent, les admissions deviennent toujours plus nombreuses, et c'est ce qui explique pourquoi en Prusse le chiffre annuel des admissions est hors de toute proportion avec l'augmentation de la population ; elle a été, en effet, de 58 0/0 ces dernières années, tandis qu'en Angleterre et en France (Lunier), l'apport annuel est de 28 0/0. Le Dr Mendel dit ensuite qu'on fait en Prusse dans les asiles publics, une trop large part aux malades riches ou aisés, qui ne devraient cependant être qu'en seconde ligne l'objet de la sollicitude de l'administration, puisqu'ils trouvent toujours à se placer dans des asiles privés.

Mais si pour les points qui viennent d'être indiqués, l'Angleterre occupe peut-être le premier rang, il n'en est plus ainsi sur certains points de détail qui laissent vivement à désirer et le Dr Mendel relève avant tout, l'insuffisance dans les asiles du nombre des médecins, qui sont en outre surchargés de besogne de bureau et auxquels les visites beaucoup trop fréquentes des inspecteurs, commissions de surveillance, magistrats, etc., prennent un temps précieux au grand détriment du service. Quant au non-restreint, le Dr Mendel pense que la réaction qui est tentée depuis quelques années par le Dr Scheppard, ne trouvera pas beaucoup d'adhérents. Comme conclusion, le Dr Mendel engage ses compatriotes à bâtir sans retard de nouveaux asiles en nombre suffisant; c'est là une nécessité inévitable et plus tôt on commencera, mieux on s'en trouvera.

Dr CHATELAIN.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE.

De la mélancolie avec délire, par le Dr Alfred Péon, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Cadillac (Gironde); 1 vol. in 8°, Paris, G. Masson, éditeur, 1874.

Ce volume, publié l'année dernière, a d'abord été présenté, sous forme de mémoire, à l'Académie de médecine qui, en 1870, lui accorda le prix Lefèvre. L'auteur, qui a passé de longues années dans les asiles d'aliénés, y a acquis une grande expérience dans la spécialité des maladies mentales. Son travail est l'œuvre d'un clinicien « qui, suivant les expressions du rapport de M. Marotte, veut prendre l'observation seule pour guide et craindrait peut-être un peu trop de s'égarer en suivant les voies de l'analogie et de l'induction. » Ce jugement de l'honorable rapporteur de la commission académique, dont nous nous plaisons à reconnaître l'exactitude, nous indique le caractère essentiellement pratique de cette monographie. M. Péon, en effet, ne paraît avoir qu'une préoccupation : recueillir des faits, rassembler des matériaux et n'en retirer que ce qui s'y trouve; il évite surtout les déductions prolongées qui pourraient le faire accuser d'esprit de système. Aussi ne faut-il chercher dans son œuvre ni spéculations philosophiques, ni théories physiologiques; mais elle sera consultée avec fruit par le médecin praticien, qui y trouvera sur l'étiologie, la symptomatologie et le traitement de la mélancolie des renseignements importants qui, tous, résultent de l'observation directe des malades.

M. Péon divise son travail en huit chapitres, que nous allons successivement analyser, en nous arrêtant surtout aux points qui sont spécialement approfondis et auxquels les recherches particulières de l'auteur donnent un caractère d'originalité.

Après un historique développé dans lequel une large place a été accordée à des extraits d'auteurs anciens, la mélancolie est définie : un état de tristesse et de crainte, avec délire partiel de même nature, plus ou moins apparent, souvent accidenté d'accès de réaction maniaque de courte durée. Cette maladie a son siége dans le cerveau; elle est très-fréquente, « à ce point, dit l'auteur, que je l'ai trouvée 108 fois sur 295 observations d'aliénés, c'est-à-dire dans les trente-six centièmes des cas environ. » Le chapitre consacré à l'étiologie est, à bien des égards, le plus important; il est riche en tableaux statistiques,

©BIUM

établis avec soin et formant des preuves numériques de l'influence des différentes espèces de causes qui peuvent produire la mélancolie. Ces causes sont étudiées sous trois chefs principaux : les causes prédisposantes, les causes efficientes et les causes occasionnelles. Parmi les premières, c'est nécessairement à l'hérédité qu'est attribué le rôle principal. Sur 108 observations, l'auteur a constaté chez les ascendants :

1° Sept cas d'apoplexie et un d'ivrognerie chez le père ; un cas d'épilepsie chez un oncle paternel ; aucun du côté de la mère ;

2° Vingt et un cas d'aliénation mentale, dont il établit un tableau intéressant qui lui permet de tirer les conclusions suivantes :

1° L'hérédité maternelle est près du double de celle qui provient du père; 2° l'hérédité directe de la mère est six fois aussi fréquente que celle du père ; 3° l'hérédité collatérale est un peu plus fréquente, au contraire, du côté du père, à savoir comme 4 : 3; 4° l'hérédité collatérale est pour les frères et sœurs comme 4 : 3; 5° les cas d'hérédité multiple viennent de la mère; 6° l'hérédité similaire s'est présentée trois fois : directement et du côté de la mère, une fois ; collatérale, deux fois (une tante maternelle et un oncle paternel).

L'auteur étudie ensuite l'influence de la civilisation, des idées religieuses et politiques, puis les autres causes prédisposantes de moindre importance, telles que l'âge, le sexe, le tempérament, l'état civil, la profession et enfin l'influence des saisons.

Les causes efficientes sont divisées en causes efficientes physiques et causes efficientes morales. Dans ces dernières se placent le sentiment religieux exagéré (10 fois sur 108 observations), l'amour contrarié (4 fois sur 100 obs.), l'excès de travail intellectuel, les chagrins domestiques, les impressions reçues dans le jeune âge, le passage subit d'un genre de vie à un autre. Les causes efficientes physiques sont les maladies de l'encéphale, celles de l'appareil circulatoire, la phthisie pulmonaire, les maladies des organes digestifs, celles de l'utérus, les fièvres graves (fièvre typhoïde, 7 fois; fièvre intermittente, 5 fois sur 108 obs.), les névroses (hystérie et épilepsie). Quant aux causes occasionnelles, elles sont presque toutes de l'ordre moral : « Ce sont, dit M. Péon, des sensations fortes qui, chez les personnes impressionnables ou surtout prédisposées, sont assez puissantes pour troubler le moral. » Il y aurait lieu ici

©BIUM

de faire quelques réserves sur cette distinction un peu subtile des causes efficientes et des causes occasionnelles, qu'il nous est difficile d'accepter complétement; car nous pensons, avec la majorité des pathologistes, que la seule classification étiologique admissible est celle en causes prédisposantes et causes occasionnelles.

La symptomatologie est traitée d'une manière sommaire; plusieurs pages sont consacrées aux illusions et aux hallucinations, mais quelques lignes seulement au délire et aux symptômes physiques. La pathologie mentale ne doit plus se contenter de l'étude exclusive des phénomènes psychiques; celle des perturbations qui peuvent se produire dans les autres fonctions de l'économie forme un vaste champ de recherches encore trop inexploré. L'étude des troubles de la circulation, de la température, de la sensibilité générale, etc., outre la précision qu'elle apporterait dans les questions relatives aux rapports du moral sur le physique, serait sans doute d'un grand secours pour le diagnostic et surtout pour la direction à donner au traitement de la maladie.

La mélancolie se présente sous plusieurs aspects; ces diverses variétés peuvent former deux classes : 1° la mélancolie généralisée; 2° le délire mélancolique partiel. Dans la première, l'auteur fait entrer la mélancolie simple, la mélancolie anxieuse et la stupidité; dans la seconde, le délire hypochondriaque, les idées de persécutions et de réforme, les idées romanesques et érotiques, etc.

Nous ne parlerons pas des chapitres qui traitent de la marche de cette maladie, de son diagnostic, de sa durée et de ses terminaisons; ils renferment des renseignements pratiques excellents auxquels nous renvoyons le lecteur. Nous préférons nous arrêter quelque peu aux deux derniers consacrés au pronostic et au traitement.

Malgré les difficultés que peut présenter le jugement à porter sur la terminaison et la durée des maladies mentales, M. Péon, qui a particulièrement fixé son attention sur le pronostic de la mélancolie, a su nous indiquer quelques points de repère d'une incontestable utilité. Le pronostic, suivant lui, est toujonrs grave, et sa gravité dépend :

1° *De la cause.* — « Il faut attacher une grande importance aux » causes, à leur nature, à leur intensité, à leur durée, aux con- » cours qu'elles se prêtent. Plus les causes prédisposantes ont » été de mauvaise nature, intenses, prolongées, moins l'intel-

©BIUM

» ligence sera forte pour y résister; plus il y aura complicité » entre elles pour amener l'invasion, plus aussi le pronostic » sera grave. Il le sera surtout s'il y a hérédité..... »

2° *De la nature de la maladie et des symptômes.* — « La pré- » sence des tendances au suicide, dans un cinquième des cas » d'après mes observations, le refus de manger bien plus fré- » quent encore, et parfois prolongé avec une opiniâtreté que » rien ne peut vaincre, offrent un danger pressant; l'état hal- » lucinatoire sans trêve ni repos pour le malade, ses préoccu- » pations anxieuses sont une complication fâcheuse..... Plus » le délire est fixe et à l'état de systématisation, plus le pro- » nostic est grave. La mélancolie à forme raisonnante ou à » prédominance d'idées de religion et de grandeurs est d'une » cure difficile. » L'auteur place encore parmi les malades gué- rissant fort rarement ceux qui se figurent que leur corps a subi diverses transformations, qu'ils ont des reptiles, des aiguilles ou des sangsues dans le ventre, etc., c'est-à-dire tous ceux qui ont des hallucinations viscérales.

3° *De la marche.* — « Si, quand l'état aigu a cessé, on voit » dans les périodes de rémission persister les hallucinations ou » des illusions, comme une sorte d'habitude ; si on voit s'éta- » blir, avec une grande régularité de retour, certains phéno- » mènes qui se reproduisent exactement les mêmes et à longs » intervalles, comme dans certaines intermittences avec alter- » natives de dépression et d'excitation, il faudra porter un » pronostic désavantageux; et favorable, au contraire, si les » périodes de rémission sont très-courtes. Enfin, il faudra » craindre la démence, s'il y a abaissement lent et progressif » de l'intelligence, et une dépravation des actes instinctifs, qui » n'avaient pas coutume de se manifester. » (P. 117).

Quant au traitement, il est physique ou moral. Quoique le médecin ait rarement l'occasion de donner des conseils pro- phylactiques, parce qu'il n'est le plus souvent appelé qu'une fois la maladie déclarée, M. Péon a donné avec raison quel- ques indications qu'il emprunte à l'hygiène et qui sont desti- nées à faire cesser l'action de la cause. Puis il aborde le trai- tement physique curatif; il énumère les différents médicaments destinés à combattre les divers symptômes physiques, qui peuvent très-souvent être considérés comme les causes de la mélancolie, tels que les symptômes gastriques, l'aménorrhée. Il rejette — et nous partageons sa réprobation — l'emploi des émissions sanguines; quant aux exutoires, nous en avons vu

©BIUM

si rarement les bons effets que nous sommes porté à les rejeter complétement ou à ne les employer que dans certains cas exceptionnels. Avec l'auteur nous admettons que le moyen le plus salutaire est l'hydrothérapie sous ses différentes formes : bains, draps mouillés, douches sur la tête, aspersions et surtout les douches vertébrales. Dans les cas de mélancolie avec stupeur, l'électricité et surtout les bains sinapisés rendront de grands services. Quant au traitement moral, il varie naturellement suivant le caractère, l'éducation, la forme du délire du malade; mais il demande surtout des indications spéciales au moment de la convalescence; c'est effectivement à cette période ultime que les conseils du médecin sont d'une grande utilité et doivent être suivis avec la plus minutieuse précision; car l'aliéné convalescent ressemble à ces plantes délicates que peut flétrir la plus légère intempérie. N'oublions pas, en terminant cette rapide énumération, l'isolement des malades, qui est pour ainsi dire le meilleur médicament, sans lequel tous les autres moyens de traitement ne peuvent avoir aucune efficacité.

Le travail que nous venons d'analyser repose sur cent huit observations, dont quatorze, relatées avec détails, sont publiées à la fin du volume. Ces quelques observations forment ainsi des documents instructifs, que l'on consulte avec fruit, après la lecture de la description de la maladie; car, choisies avec soins elles donnent des exemples de chaque espèce de mélancolie, depuis la mélancolie simple jusqu'au délire des persécutions et à la mélancolie avec obsession démoniaque.

Dr Ant. Ritti.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

— Les Supercheries religieuses chez quelques malades ; par M. le Mattéi; Paris, 1875; broch. in-8° de 7 p.

— La Psychologie anglaise contemporaine ; par M. Th. Ribot. 1 Vol. in-8° de 432 p.

— La Suisse ; études médicales et sociales; par M. le Dr Louis Laussédat, Paris 1875, 2e édit., 1 vol., in-12 de 280 p.

— Clinical and psysiological researches ou the nervous system ; n° 1, on the localisations of mouvements in the Brain ; par le Dr J. Hughlings Jackson; London, 1875; broch. in-8° de 83 p.

— The syphilitic affections of the nervous system ; par M. J, Hughlings Jackson; London, 1875; br. in-8° de 20 p.

— Fifth annual report of the State Board of Health of Massachusetts ; Boston, 1874; vol. in-8° de 550 pages.

©BIUM

VARIÉTÉS.

Nécrologie.

Duchenne (Guillaume), de Boulogne, lauréat de l'Institut de France et de l'Académie de Médecine de Paris, lauréat du concours Napoléon III sur l'électricité appliquée, et membre correspondant de plusieurs Sociétés de Médecine étrangères, chevalier de la Légion d'honneur, est décédé le 17 septembre 1875, à Paris. Né à Boulogne-sur-Mer, en 1806, reçu docteur en médecine en 1831, il exerça pendant une dizaine d'années la médecine à Boulogne-sur-Mer, et vint se fixer à Paris en 1842, où il s'occupa des questions de physiolgie et d'électricité. On peut le considérer comme un des créateurs de l'électro-thérapie. Ses travaux sont considérables; en dehors de ses publications dans la presse périodique, les plus remarquables sont les ouvrages suivants : *De l'électrisation localisée et de son application à la physiologie et à la thérapeutique*, in-8, 2e édition 1861. — *Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les muscles qui meuvent le pied* (1856, in-8). — *Orthopédie physiologique* (1857, in-8). — *Mécanisme de la physionomie humaine* (1862, in-8). — *Anatomie microscopique du système nerveux* (1867, in-8). — *Physiologie des mouvements, démontrée à l'aide de l'expérimentation électrique et de l'observation clinique* (1867, in-8, avec figures).

Les travaux de Duchenne étaient très-connus et très-appréciés en France comme à l'étranger, et son caractère bienveillant lui avait acquis les sympathies de tous ses confrères.

DU SERVICE DES ALIÉNÉS DE LA SEINE EN 1874.

Nous empruntons les chiffres suivants au rapport que M. le Préfet de la Seine vient de publier sur le service des aliénés pour l'année 1874.

Voici quel a été le mouvement des aliénés de la Seine pendant l'année 1874.

	Hom.	Fem.	Total.
Existants le 1er janvier 1874,	2,823	3,940	6,763
Entrés pendant l'année,	1,362	1,234	2,596
Total des traités...	4,165	5,174	9,359
Sortis et décédés,	1,246	1,041	2,287
Restants au 31 décembre 1874,	2,939	4,133 (1)	7,072

Ce qui donne une augmentation de 309 pour l'année 1874, bien que le chiffre des admissions ait été inférieur de 152

(1) Le tableau n° 2 porte 2,888 hommes et 4,184 femmes; ses chiffres doivent être le résultat d'une erreur de calcul.

©BIUM

à celui de 1873. L'augmentation provient de ce que le chiffre des sorties est resté beaucoup au-dessous (1247 au lieu de 1508) de celui de l'année précédente.

Les 7072 aliénés restant au 31 décembre 1874 étaient répartis comme il suit :

	Hom.	Fem.	Total
Asiles de la Seine,	1,424	1,695	3,119
— des départements,	1,464	2,489	3,953
Totaux.....	2,888	4,184	7,072

Voici quelle a été, en 1874, la proportion des guérisons par rapport au chiffre des admissions dans les divers asiles de la Seine :

	Admissions.			Guérisons.			Proportion pour cent.		
	H.	F.	Total.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.
Ste-Anne,	337	369	706	115	67	182	34,1	18,2	25,8
Ville-Evrard,	337	231	568	67	48	115	19,9	20,8	20,2
Vaucluse,	208	246	454	56	66	122	26,9	26,8	26,9
Bicêtre,	465		465	64		64	13,8		13,8
La Salpêtrière		363	363		96	96		26,5	26,5
Totaux et moyenne.	1,347	1,209	2,556	302	277	579	22,4	22,9	22,7

La proportion des décès par rapport au chiffre des aliénés traités en 1874 a été :

Chez les hommes de 1 sur	7,54
Chez les femmes de 1 sur	11,73
Sexes réunis de 1 sur	9,39

Par rapport au chiffre de la population moyenne, la proportion des décès a été, en 1874 :

Chez les hommes de	19,35
Chez les femmes de	10,79
Sexes réunis	14,31

Les dépenses payées en 1874 par le département de la Seine pour le service des aliénés, ont été de 4,167,408 fr. 20

De laquelle somme il faut déduire le montant des remboursements opérés par les gouvernements étrangers, l'État et les familles, ci 363,888 fr. 08

Reste..... 3,803,520 fr. 12

Laquelle somme se décompose comme il suit :

Contingent de la ville de Paris,	1,568,415 fr.	56
— des communes de la banlieue,	108,528 »	56
— du département pour Paris,	1,916,952 »	36
— — pour la banlieue,	209,623 »	64
Total.....	3,803,520 »	12

Le prix de revient net de la journée dans les trois asiles du département a été, en 1874 :

©BIUM

	Popul. moyenne.	
A Sainte-Anne,	607	2 fr. 62
A Ville-Evrard,	587	4 » 93
A Vaucluse,	535	2 » 34

LE FOU DE ST-OMER.

Cette affaire a eu un tel retentissement que nous croyons devoir reproduire le récit qui en a été fait par divers journaux. Nous n'en retrancherons que les détails inutiles ou reconnus inexacts.

Le jeudi, 14 octobre, quatre gendarmes de Fauquembergue furent appelés à Fleichin pour y arrêter le nommé Leprêtre, berger, atteint de folie panophobique depuis deux ans environ, et qui, après avoir frappé et menacé de mort ses parents, s'était enfermé dans sa chambre avec des armes.

Les gendarmes, néanmoins, s'en rendirent maîtres et le conduisirent chez le procureur de la République. Ce magistrat le fit transférer, le lendemain vendredi, à l'hospice Saint-Louis.

Il y était à peine arrivé qu'il s'échappe et va se jeter dans la rivière qui coule près le lavoir Sainte-Marie. On le repêche, on le change de linge, puis, pour éviter une nouvelle escapade, on le place dans une chambre de sûreté.

Bientôt Leprêtre manifeste la nécessité de satisfaire un besoin pressant, et lorsqu'on s'occupe d'y aviser, s'esquive de nouveau, grimpe sur un arbre pour gagner un toit qui en est à proximité et, du faite du toit, s'élance sur le lavoir Sainte-Marie. Il allait arriver au sommet lorsqu'il tomba.

Malgré une chute de cinq mètres, il se relève tout ensanglanté et, en un instant, arrive en grimpant au sommet de la tour. On veut l'y suivre, mais Leprêtre démolit une cheminée, et avec les briques il menace d'assommer ceux qui veulent le faire descendre.

On a recours à la compagnie des sapeurs-pompiers, qui lui envoie des flots d'eau. Leprêtre y reste insensible. Samedi on a renouvelé la manœuvre de la pompe sans plus de résultat.

Nombre de curieux affluaient pendant la nuit sur la place du Marché-aux-Bestiaux, parmi eux des gens de Fléchin qui ne négligeaient rien pour l'amener à descendre. « As-tu faim? Non. — As-tu froid? Non. — Veux-tu descendre? Je suis trop bien. — Qu'est-ce que tu fais? Je fais pénitence. — Mais tu n'as rien à te reprocher? — Allez-vous-en tous vous coucher.

Dimanche matin, vers neuf heures, il était toujours là. On lui fit passer au moyen d'une longue perche un pantalon, une chemise et un peu de pain. Sa résolution n'avait pas faibli, il était aussi décidé que la veille et il ne paraissait pas avoir souffert de la privation de nourriture, ni des intempéries de la saison. Cependant, dit l'*Indépendant du Pas-de-Calais*, des mesures étaient concertées pour en venir à bout avant la nuit.

A quatre heures, la place du Marché-aux-Bestiaux est évacuée par ordre militaire, des dragons maintiennent la foule sur le terre-plein des fortifications, un certain nombre de soldats et les gendarmes restent dans le jardin avec une trentaine

©BIUM

de personnes, au nombre desquelles M. le sous-préfet, M. le maire et M. le substitut du procureur de la République.

Dès une heure, on avait préparé à Leprêtre un hachis de bœuf dans lequel on avait fait entrer un violent soporifique. « N'avez-vous pas faim, ne voulez-vous pas manger? lui crie-t-on. — Si, répondit-il. » Et on lui fait passer la nourriture destinée à l'endormir. Il l'absorbe, et, en effet, on croit bientôt s'apercevoir de l'effet du narcotique. La besogne semblait donc être terminée; on contremande une échelle roulante que des soldats du train étaient allés chercher, on n'en a plus besoin.

Des signes parfaitement reconnaissables indiquent l'envahissement du sommeil; il branle la tête, cherche à assurer sa marche, il va tomber. Erreur! La dose lui avait été sans doute administrée en trop grande quantité, il la vomit, se réveille et raffermit son allure.

Il est quatre heures et demie quand un incident vient hâter le dénouement. Un clairon du 8e de ligne, celui qui lui avait fait passer le matin la chemise, le pantalon et le pain qu'il avait mangé, veut essayer si une tentative pour aller le chercher aura pour effet de l'amener à capitulation. Une échelle est appliquée dans l'intérieur et notre brave soldat s'y aventure.

Une pluie de briques répond à cette témérité généreuse. Le soldat dévoué est blessé en deux endroits, et on doit l'emmener étourdi.

Un prêtre vénérable, M. l'abbé Limoisin, veut alors adresser la parole au malheureux. Il lui parle de Dieu et fait appel à tous les sentiments les plus généreux d'un cœur humain. Et enfin il lui dit :

— Voyons, mon ami, voulez-vous descendre, j'irai vous chercher?

— Monsieur le curé, je veux rester ici, ne montez pas.

— Mais si je monte, que me ferez-vous?

— Je vous tuerai.

M. le sous-préfet tente à son tour de le convaincre, puis le général, qui lui donne sa parole d'honneur de soldat qu'il ne lui sera fait aucun mal. Rien n'y fait.

Il devenait dès lors impossible de déloger le fou autrement que par des moyens extrêmes. Un ordre sévère est donné; une balle vient l'atteindre à l'épaule gauche; et, pendant que la fusillade crépite à l'extérieur, une tentative a lieu à l'intérieur pour pénétrer sur la tourelle. Leprêtre déjoue tous les efforts. Il est déjà blessé en quatre endroits qu'il reste encore debout, menaçant, démolissant la balustrade pour se faire une arme des débris.

Enfin, à neuf heures, selon l'habitude contractée dans les nuits précédentes, il se met dans une cheminée qui s'ouvre dans la plate-forme, pour y passer sans doute la nuit. Soit qu'il eût diminué par suite du manque de nourriture, soit qu'il n'eût plus suffisamment de force pour se maintenir, il glissa et vint tomber au rez-de-chaussée. Il faisait de curieux efforts pour remonter quand on s'aperçut de sa présence.

Toutes les précautions pour s'assurer de sa personne furent

©BIUM

immédiatement prises, et l'individu, dûment garotté, fut conduit, enveloppé dans une couverture, à l'hospice St-Louis. Ses blessures n'ont aucune gravité, de même que celles du soldat atteint par les briques.

— Quelques jours plus tard une note adressée par l'*Agence Havas* aux journaux de province, nous apprenait qu'on avait ouvert une enquête sur cette déplorable affaire.

Plus récemment la Cour de Douai qui, à la date du 3 oct., avait évoqué l'instruction des faits, a rendu à la date du 20 novembre un arrêt par lequel elle s'est déclarée incompétente et a délaissé le procureur impérial à se pourvoir.

1° Contre le substitut du procureur de la Républiqne de Saint-Omer, sous l'inculpation du délit d'abus d'autorité. (art. 186 du Code pénal).

2° Contre le sous-préfet de Saint-Omer, qui, inculpé de son côté, à raison des mêmes faits et du même délit, devient justiciable de la même juridiction, à raison de la connexité.

L'affaire doit, assure t-on, être portée devant la cour le 6 décembre prochain.

La Société médico-psychologique s'était émue de cet acte de barbarie et dans sa séance du 25 octobre dernier, sur la proposition de M. le Dr Baillarger, elle a décidé qu'après vérification de l'exactitude des faits rapportés par les journaux, une protestation énergique serait consignée dans son procès-verbal. (Voir ci-dessus, p. 441)

Des suicides en Italie.

Le nombre des suicides en Italie s'est élevé, en 1873, à 975 et en 1874 à 1015, dont 253 femmes. Il n'avait été en 1867 que de 753.

Des suicides en Prusse.

Le nombre des suicides a été pour toute la Prusse, en 1874, de 3075 — 2527 hommes et 548 femmes. — A Berlin seulement, le nombre des suicides a été de 255.

Prix de l'Association médico-psychologique de Londres.

M. H. Tuke nous prie d'annoncer que le dernier délai pour l'envoi des mémoires (Voyez *Annales médico-psychol.*, 1875, T. XIII, p. 491) fixé d'abord au 30 juin 1876 est prorogé au 30 juin 1877.

Pour les articles non signés : L. LUNIER,

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XIVe VOLUME DE LA CINQUIÈME SÉRIE.

PREMIÈRE PARTIE.

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

I. Pathologie.

PAGES.

Les aliénés voyageurs ou migrateurs ; étude clinique sur certains cas de lypémanie ; par M. le docteur Ach. Foville fils 5

Observation curieuse de folie similaire ou à deux individus, par M. le docteur Maret. 45

De la sensibilité générale et de ses altérations dans les affections mélancoliques, par M. docteur Semal (suite et fin.). 48, 199 et 358

Considérations cliniques sur quelques cas d'ataxie locomotrice dans l'aliénation mentale ; par M. Ph. Rey. 161

Cas rare de déchirure du rectum chez un aliéné ; par M. le docteur J. Christian. 245

Observation d'érotisme ; lésion du cervelet ; par M. le docteur Hospital. 252

Contagion de la folie ; par M le docteur P. Daniel Brunet. 337

Observation intéressante de ramollissement des deux corps striés ; par M. Clovis Gallopain. 409

Alimentation forcée des aliénés ; procédé par l'électricité ; par M. le docteur Ant. Ritti. 416

II. Médecine légale

Rapport médico-légal concernant le nommé Ch. C..., inculpé de vol ; faiblesse intellectuelle congénitale ; responsabilité limitée ; par M. le docteur Sizaret. . . . . .

Rapport médico-légal sur un accident de chemin de fer ayant entraîné un accès d'aliénation mentale ; par M. le docteur Dubiau. 95

Affaire Goulfer ; folie simulée trois ans avant le crime ; assassinat suivi de vol ; condamnation à mort ; par M. le docteur Lagardelle 254

Rapport médico-légal sur l'état mental du nommé Bergès, inculpé de trois crimes d'assassinat et d'une tentative d'assassinat, suivis d'une tentative de suicide ; par M. le docteur Gérard Marchand. 420

III. Établissements d'aliénés.

Notice sur l'asile pour les émigrants aliénés à New-York ; par MM. Edward Mann et Ach. Foville fils. 117

©BIUM

DEUXIÈME PARTIE.

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

I. Société médico-psychologique.

Séance générale annuelle du 26 avril 1875. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Cullerre et Christian. — Rapport de M. J. Falret sur le prix Aubanel. — Rapport de M. Boucheréau sur le prix Esquirol. — Communication de M. Ach. Foville sur les aliénés migrateurs. 115

Séance du 31 mai 1875. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Max. Legrand, Taguet, Mordret, Sizaret, Despine, Paul Delmas, Roth et Lubeski. — Question proposée pour le prix Aubanel : MM. Blanche, Dally, Legrand du Saulle, Lunier, Fournet, Voisin, Baillarger, Falret, Motet et Delasiauve. — Un cas de folie similaire héréditaire : MM. Baillarger et Delasiauve. — Singulière déviation de la colonne vertébrale chez une aliénée : M. Motet. 132

Séance du 28 juin 1875. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Forbes Winslow, Warlomont, Aubanel, Collineau, Obersteiner père et fils, Masoin. — Correspondance relative aux conférences cliniques. — Les aliénés avec conscience de leur état : MM. Falret, Lunier, Delasiauve. 433

Séance du 26 juillet 1875. — Sur l'enseignement clinique des maladies mentales : MM. Blanche et Falret. — La transfusion du sang chez les aliénés ; MM. Ponza, Delasiauve, Voisin. — Correspondance : MM. Lailler, Parant, Laussédat. — Discussion sur les aliénés avec conscience; MM. Fournet, Falret, Dally, Delasiauve, Blanche. 436

Séance du 25 oct. 1875. Correspondance et Présentation d'ouvrages : MM. Falret, Lunier, Blanche, Motet, Dagron. — Discussion sur la folie avec conscience : M Fournet. — Le fou de Saint-Omer : M. Baillarger. 440

II. Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Années 1870-71-72, Suite)

Analyse par M. le Dr Lunier.

Moyens de combattre l'ivrognerie. 284
Interdiction des aliénés et conseil judiciaire. 284
Bromure de potassium contre l'épilepsie. 284
Aphasie dans les maladies cérébrales. 285
De l'électricité comme moyen de diagnostic. 286
Paralysie générale suite d'hémorrhagie cérébrale. 286
Etudes sur la sensibilité réflexe. 287

©BIUM

PAGES.

Statistique des suicides. 287
Erotisme de la ménopause. 287
La Baronne à l'Odéon. 288
Cas de tumeur du cervelet.. 289
Névropathie cérébro-cardiaque. 290
Maladies du bulbe rachidien. 293
Effets physiologiques et thérapeutiques des bromures. 293
DU SUICIDE ET DE LA FOLIE DANS LES PRISONS CELLULAIRES DE LA SEINE. 296
Des préparations de cuivre et de zinc dans l'épilepsie. 4
Recherches cliniques sur le tabac.. 443
Chorée guérie par le bromure de potassium. 443
Delirium tremens guéri par la digitale. 444
Delirium tremens guéri par la morphine. 444
Les dangers du chloral. 444
Hallucinations chez un alcoolique guéries par le chloral. 444
Du bromure de potassium dans l'ataxie locomotrice. 445
Action comparée des substances tirées de l'opium. 445
Des différentes méthodes d'électrisation. 446
Influence du rhumatisme sur le caractère. 447
Sur les myélites chroniques et diffuses. 449
De l'aphasie. 453
Maladies cérébrales dans les Indes occidentales. 454
Fracture du crâne ; persistance de l'aphasie. 455
Maladies cérébrales au Brésil et à la Plata. 455
Symptômes cérébraux des rhumatismes.. 455
Traitement du delirium tremens. 457
De l'irresponsabilité dans la folie partielle.. 458
Aphasie ou dysphagie traumatique. 459
Tubercules du cerveau et tumeurs de l'encéphale. 459
Paralysies consécutives aux maladies aigues. 460
Etiologie du goître. 460
Cas de paralysie agitante. 460
Du goître épidémique de Neuf-Brisach. 460
Balle perdue dans le cerveau ; guérison 461
Cas d'acéphalocystes du cerveau. 461
Apoplexie dans les épanchements de la plèvre. 461
Névrose cataleptiforme simulée. 461
Sur l'hydrate de chloral et le trichloracétate de soude. 461
Ablation du cerveau et mouvements de rotation. 463
Sur l'échauffement des nerfs et des centres nerveux. 463
Hémorrhagie cérébrale dans la leucocythémie. 464
Sur l'épilepsie causée par la lésion du nerf sciatique. 464, 466, 468. 471
Cas de tumeur strumeuse de l'encéphale. 465
Cas de paralysie glosso-laryngée avec autopsie. 465
Lésion de la substance grise de la moelle dans un cas d'arthropathie liée à l'ataxie locomotrice. 466

©BIUM

Pages

Lésions de la méningite cérébrale tuberculeuse. 467
Atrophie des cellules de la moelle et du bulbe à propos d'un cas de paralysie glosso-laryngée. 468
Lésion de la substance grise de la moelle dans l'ataxie locomotrice 469
Tuméfaction des cellules motrices et des cylindres axiles dans la myélite. 470
Cas de paralysie agitante avec autopsie.. 470
Etat des muscles et de la moelle dans un cas de paralysie pseudo-hypertrophique. 472
Sur la sclérose des cordons postérieurs dans l'ataxie 472
Sclérose symétrique des cordons latéraux de la moelle et des pyramides antérieures. 473
Atrophie concomitante du cervelet et des olives. 474

JOURNAUX BELGES.

Années 1870, 1871 et 1872.

Analyse par M. le Dr Lunier.

Grossesse compliquée d'hémorrhagie cérébrale 315
Rapport médico-légal ; vol ; folie morale. 315
Rhumatisme cérébral à forme céphalalgique. 316
Cas d'éclampsie ayant présenté 63 accès. 318
Causes de l'augmentation de la population des asiles; moyens d'y remédier. . . . . 318, 320 et 321
Traitement de l'épilepsie. 321
Syncope et folie émotive des accouchées 322
Cas de rhumatisme cérébral 323
Influence de l'usage et de l'abus des alcooliques sur la santé.. . . 323
Observation d'abcès du cervelet 325
Observation de méningite cérébro-spinale. 326
Migraine traitée par l'électricité 326
De l'électricité dans un cas de chorée avec folie 327
Epilepsie guérie par l'électricité 327
De l'emploi du chloral chez les aliénés. 328
Coloration de la peau chez les aliénés. 329

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Années 1872 et 1873).

Analyse par MM. les Drs Hildenbrand, Foville et Châtelain.

Influence des affections somatiques sur la marche des psychoses . . 140
Des psychoses de la sénilité. 141
Du traitement des états d'agitation. 143
Dégénérescence cystoïde de la substance corticale du cerveau . . 145
Où placer les condamnés aliénés 147
Contribution à la théorie du sommeil. 474
Rapport sur un paralytique aliéné. 475

©BIUM

PAGES.

Rapport médico-légal sur un imbécile. 475
Emploi des notes individuelles en statistique. 475
Relation entre la manie et l'épilepsie. 476
Rapport annuel sur l'asile de Linz 479
Les nouveaux tableaux statisques. 479
De la skatophagie chez les aliénés. 479
Rapport médico-légal sur une visionnaire 481
Cas d'épilepsie saturnine et de folie. 482
Que faire des criminels aliénés 483
De la responsabilité. 485
Syphilis et psychose. 488
De la folie circulaire. 489
De l'emploi de l'alcool chez les aliénés 490
Des sensations olfactives dans l'épilepsie; théorie des hallucinations 492
Rhumatisme articulaire et psychose. 493
De l'assistance des aliénés en Prusse et en Angleterre. 495

III. Bibliographie.

Considérations sur le siége, la nature, les causes de la folie paralytique, par M. Burlureaux. — Du délire des actes dans la paralysie générale, par M. Darde (anal. par M. le Dr Ritti). 148
De la mélancolie avec délire, par M. le Dr. Péon (anal. par M. Ritti) 498
BULLETINS BIBLIOGRAPHIQUES . . . . . 150, 329 et 502

V. Variétés.

Nominations et promotions : MM. Pons, Arthaud, Dufour. — Prix Aubanel. — La magistrature et les aliénistes en Angleterre. — Loi autorisant le département de Loir-et-Cher à contracter un emprunt pour l'agrandissement de l'asile des aliénés de Blois. — Le suicide chez les musulmans de l'Algérie. — Incendie de l'asile de Beaufort. — Le terrible événement de St-Maurice-sur-Aveyron. — Incendie de l'asile de Nice. 152
Nominations et promotions : MM. Follet, Baume, Deboudt, Delaporte, Maret, Pétrucci, Henri Bonnet, Laffitte. — Décret fixant le traitement des directeurs, directeurs-médecins, médecins en chef et médecins adjoints des asiles d'aliénés. — Des suicides en France en 1873. — L'enseignement de la psychiatrie en Angleterre. — Les aliénés en liberté. 231
Nécrologie : Duchenne, de Boulogne. — Service des aliénés de la Seine. — Le fou de St-Omer. — Des suicides en Prusse et en Italie. — Prix de l'association médico-psychologique de Londres. 503

Paris. — Imprimerie de E. Donnaud, rue Cassette, 9.

FACULTÉ DE MÉDECINE